[준법감시인확인필]-[L4065]-LP-260827-001

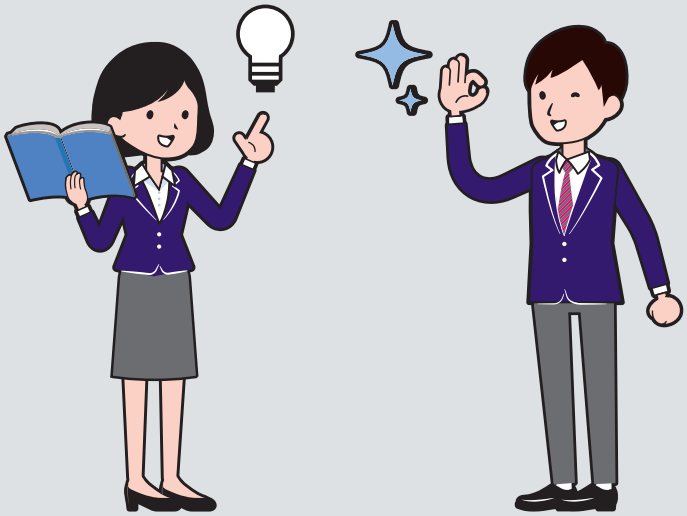
무배당 흥Good 든든한 3N5 간편종합보험(26.09)(1종)
약 관

흥국화재해상보험주식회사

이 약관은 금융소비자보호에 관한 법령 및 내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됩니다.

약관을 쉽게 이용할 수 있는

흥국화재
약관 이용 Guide Book



1 보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로
보험계약자와 **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 한 눈에 보는 약관의 구성

약관 이용 가이드 북	약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록 **약관의 구성, 쉽게 찾는 방법** 등의 내용을 담고 있는 **지침서**
시각화된 약관 요약서	약관을 쉽게 이해할 수 있도록 **계약 주요내용** 및 **유의사항** 등을 **시각적 방법**을 이용하여 **간단 요약한 약관**
보험약관 (보통약관&특별약관)	■ **보통약관 :** 기본 보장내용을 포함한 계약 전반에 대한 공통사항을 정한 기본 약관 ■ **특별약관** : 보통약관에 정한 사항 외 선택가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관
용어해설 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 정보 이용

QR(Quick Response) 코드란?

스마트폰으로 해당 QR 코드를 스캔하면
상세내용 등을 손쉽게 안내받을 수 있습니다.

약관해설 영상	보험금 지급절차	지점/서비스망 찾기

4 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기(보통약관 기준)

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

1	**보험금 지급 및 지급제한 사항**	제3조(보험금의 지급사유) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)	**P 62** **P 62**

영상자료

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

2	**청약 철회**	제19조(청약의 철회)	**P 69**
3	**계약 취소**	제20조(약관 교부 및 설명의무 등)	**P 70**
4	**계약 무효**	제21조(계약의 무효)	**P 71**
5	**계약 前 알릴 의무 및 위반효과**	제14조(계약 전 알릴 의무) 제16조(알릴 의무 위반의 효과)	**P 65** **P 67**
6	**계약 後 알릴 의무 및 위반효과**	제15조(상해보험 계약 후 알릴 의무) 제16조(알릴 의무 위반의 효과)	**P 66** **P 67**
7	**보험료 연체 및 해지**	제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	**P 74**
8	**부활(효력회복)**	제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제29조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	**P 75** **P 75**
9	**해약환급금**	제30조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) 제33조(해약환급금)	**P 76** **P 77**
10	**보험계약대출**	제34조(보험계약대출)	**P 78**

영상자료

5 약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

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

1	시각화된 **'흥국화재 약관요약서'**를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원사례 등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다.	약관 요약서 P. 7
2	**'약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기를'** 이용하시면 약관내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다.	핵심 체크항목 P. 5
3	**'가나다 順 특약 색인 (索引)을'** 활용하시면 본인이 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다. *주 계약에 부가된 **특약**은 자유롭게 **선택, 가입**(의무특약 제외)할 수 있고 **가입특약**에 한해 **보장**받을 수 있음	특약 색인 P. 1821
4	약관 내용 중 어려운 보험용어는 **용어해설, 약관본문 Box안 예시**등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다	용어 해설 P. 29
5	스마트폰으로 **QR코드**를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 지급절차, 전국 지점 등을 쉽게 안내 받을 수 있습니다	QR코드 P. 4
6	**'기타관계법령'** 항목을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다	기타관계법령 P. 1554
7	약관조항 등이 **음영·컬러화** 되거나 **진하게** 된 경우 보험금 지급 등 약관 주요 내용이므로 주의 깊게 읽기 바랍니다.	

6 기타 문의사항

※ 기타 문의사항은 당사 **홈페이지**(**www.heungkukfire.co.kr**), **고객 콜센터**(**1688-1688**)로 문의 가능

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

시각화된 흥국화재

약관 요약서

Ⅰ. 보험계약의 개요
Ⅱ. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항
Ⅲ. 보험계약의 일반사항
Ⅳ. 보험금 청구 및 지급절차 안내
Ⅴ. 자주 발생하는 민원 예상
Ⅵ. 보험용어 해설

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

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

Ⅰ. 보험계약의 개요

01. 상품의 주요 특징

(3 · N · 5 질문항목) 가입에 필요한 질문항목은 단지 세가지(통합간편가입형에 한함)

- **3개월** 이내 **입원 필요소견/수술 필요소견/추가검사 필요소견/질병확정진단/질병의심소견** NO!
- (305간편가입형가입시) **0년** 이내 **상해, 질병**으로 인한 **입원/수술** NO!
- (315간편가입형가입시) **1년** 이내 **상해, 질병**으로 인한 **입원/수술** NO!
- (325간편가입형가입시) **2년** 이내 **상해, 질병**으로 인한 **입원/수술** NO!
- (335간편가입형가입시) **3년** 이내 **상해, 질병**으로 인한 **입원/수술** NO!
- (345간편가입형가입시) **4년** 이내 **상해, 질병**으로 인한 **입원/수술** NO!
- (355간편가입형가입시) **5년** 이내 **상해, 질병**으로 인한 **입원/수술** NO!
- (365간편가입형가입시) **6년** 이내 **상해, 질병**으로 인한 **입원/수술** NO!
- (3105간편가입형가입시) **10년** 이내 **상해, 질병**으로 인한 **입원/수술** NO!
- (통합간편가입형가입시) **5년** 이내 **암, 협심증, 심근경색, 간경화, 뇌졸중증, 심장판막증** NO!

고객특성에 맞는 유형 선택가능

[기존 병력 여부에 따라]

- **통합간편가입형** : 「일반심사형」을 가입하기 어려운 고객님들을 위해 **계약 심사 과정을 간소화** 한 상품
- **일반심사형 : 표준체에 해당하는 계약전 알릴의무 항목**을 고지한 후, 일반심사를 통과하여 가입하는 것

[해약환급금 유형에 따라]

- **납입후 해약환급금지급형의 50%지급형** : 보험료 납입기간 중 계약 해지시 해약환급금을 지급받지 않는 대신 『해약환급금 지급형』 보다 저렴한 보험료로 가입하는 상품
- **해약환급금 지급형** : 보험기간 내에 보험을 해지하는 경우 해약환급금을 지급하는 상품

※ 통합간편가입형 상품은 유병력자 등 **일반심사보험에 가입하기 어려운** 피보험자를 대상으로 합니다.

※ **통합간편가입형 상품**은 일반심사형 상품에 비해 **보험료가 다소 비쌉니다.** 건강검진을 받거나 일반심사를 통해 **일반심사형**으로 가입할 경우 **저렴**하게 가입하실 수 있습니다. (다만, 일반심사형의 경우 **건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한**될 수 있으며 보장하는 담보에 차이가 있을 수 있으니 유의하여 주시기 바랍니다)

고객 취향에 따라 다양한 납입면제 선택 가능

- **암/뇌졸중/급성심근경색증 진단시** 또는 **상해/질병으로 80%이상 후유장해**시 **보장보험료 납입면제(납입면제 가입시)**

※ **갱신형 특별약관**의 경우 납입면제에서 **제외**하며 해당 특별약관의 보험료를 계속 납입해야 함

02. '상품명'으로 상품의 특징 이해하기

무배당 흥Good 든든한 3N5 간편종합보험

❶ **무배당** : 계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.

❷ **간편** : 기존 병력으로는 가입하기 어려운 분들을 위해 계약심사 및 건강검진의 부담을 낮춰 간소화된 질문항목으로 보험에 가입할 수 있도록 돕는 상품입니다.

❸ **종합보험** : 상해, 질병 뿐만 아니라 일상생활에서 발생할 수 있는 일상생활 비용, 운전자비용까지 고객님의 선택에 의해 보장 받으실 수 있는 상품입니다.

03. 상품의 구조

구분	해약환급금 형태		간편가입형태	보장부분 이율	갱신형 담보*
1형	납입후 해약환급금지급형의 50%지급형	해약환급금 0원 [납입기간 중 해지시]	표준체보험 [유병자 가입 불가] 간편가입 보험에 비해 보험료 저렴	금리확정형 2.75% [적용금리 고정]	포함
2형	해약환급금 지급형	해약환급금 적음 [납입기간 중 해지시]	표준체보험 [유병자 가입 불가] 간편가입 보험에 비해 보험료 저렴	금리확정형 2.75% [적용금리 고정]	포함
3, 5형	납입후 해약환급금지급형의 50%지급형	해약환급금 0원 [납입기간 중 해지시]	표준체보험 [유병자 가입 불가] 간편가입 보험에 비해 보험료 저렴	금리확정형 2.75% [적용금리 고정]	포함
4, 6형	해약환급금 지급형	해약환급금 적음 [납입기간 중 해지시]	표준체보험 [유병자 가입 불가] 간편가입 보험에 비해 보험료 저렴	금리확정형 2.75% [적용금리 고정]	포함

* 갱신형 담보를 포함하는 상품의 갱신 담보 가입시에는 보험료가 변동될 수 있습니다.

II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

01. 보험금 지급제한사항

주의

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

면책기간

면책기간
보험금
미지급

이 보험에는 **보험금이 지급되지 않는 기간(면책기간)**이 설정된 담보가 있습니다.

■ 면책기간 적용 담보 예시

구분	담보명	면책기간
암관련특약	암진단비(유사암제외)	가입 후 **90일**간 보장 제외 (단, 가입자가 15세이상일 경우)
치매진단특약	경도치매진단비	가입 후 **1년**간 보장 제외

※ 일부 담보 예시로 실제 가입하신 담보 또한 면책사항이 있을 수 있으니 세부내용은 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.

민원사례

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

➡ 약관에 의거하여 15세이상 피보험자의 경우 암(갑상선암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 제외)은 계약일 이후 90일의 면책기간을 설정하고 있으며, 면책기간에 발생한 암진단(갑상선암, 제자리암, 기타피부암 및 경계성종양 제외)은 보험금을 지급하지 않습니다. 90일이 경과된 이후에도 일정기간(1년) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다

감액지급

감액지급
50%
[1년 이내]

이 보험에는 **일정기간 보험금이 일부만 지급(감액지급)**되는 담보가 있습니다.

■ 감액지급 적용 담보 예시

구분	담보명	감액기간 및 비율
뇌졸중진단특약	뇌졸중진단비 II	가입 후 **90일미만** 발생시 보험금 10%지급
		가입 후 **90일이상 1년미만** 발생시 보험금 50%지급

※ 일부 담보 예시로 실제 가입하신 담보 또한 감액사항이 있을 수 있으니 세부내용은 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.

보장한도

보장한도 최초 1회한

보장한도 보험금 지급한도 적용

이 보험에는 **보험금 지급 한도**가 설정된 담보가 있습니다

■ 보장한도 적용 담보 예시

구분	담보명	보장한도
급성심근경색진단특약	급성심근경색증진단비 II	**최초1회**에 한해 보장
질병입원특약	질병입원비(4일-180일)	입원 **4일째**부터 180일한도로 지급

※ 일부 담보 예시로 실제 가입하신 담보의 보장한도는 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.

자기부담금 차감

자기부담금 차감후 지급

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

■ 자기부담금을 차감하는 담보 예시

구분	담보명	자기부담금 차감 금액
배상책임관련특약	가족일상생활중배상책임IV	대인배상 : 없음 대물배상 : 증권에 기재된 자기부담금

※ 일부 담보 예시로 실제 가입하신 담보의 자기부담금 설정 여부는 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.

02. 해약환급금(률) 및 보험료 비교에 관한 사항

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

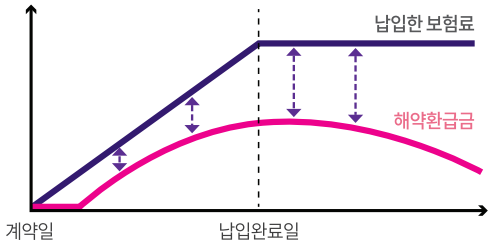
* 해약환급금 : 납입한 보험료에서 계약체결·유지관리 등에 소요되는 경비 및 경과된 기간의 위험 보장에 사용된 보험료를 차감하여 지급

해약환급금 있음

주의

[2, 4, 6형 해약환급금 지급형]

보험계약을 **중도에 해지**한 경우, **해약환급금은 납입한 보험료 보다 적거나 없을 수도 있습니다.**



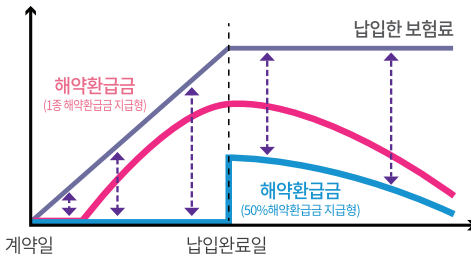
해약환급금
0원
[납입기간 중 해지시]

해약환급금
있음
(2,4,6형의 50%지급형)
[납입기간 중 해지시]

주의

[1, 3, 5형 납입후 해약환급금지급형의 50%지급형]

보험계약을 **납입기간 중 해지**할 경우, **해약환급금이 없으며** 납입기간이 완료된 이후 해지할 경우 **경과기간별로 해약환급금지급형의 50%에 해당하는 금액을 지급하여 드립니다.**



< 상품별 보험료 및 해약환급금(률) 예시 >

(3형(통합간편가입형) 355간편가입형 일반상해사망 가입금액 1억 55세 여자 가입자, 100세 만기 20년납 기준)

구분		3형		4형	
		환급금	환급률	환급금	환급률
월보험료		3,700		4,200	
경과기간 (년)	1	0	0.00%	-	0.00%
	5	0	0.00%	96,775	38.40%
	10	0	0.00%	223,900	44.42%
	20	227,600	25.63%	455,100	45.15%
	30	160,000	18.02%	319,900	31.74%
	45	0	0.00%	-	0.00%

* 계약자는 위 예시표의 월보험료, 환급금 및 환급률 수준을 비교하여 하나의 상품을 선택하여 가입할 수 있습니다.

03. 갱신 시 보험료 인상 가능성

⊙ 이 보험에는 **갱신 시 보험료가 변동**되는 갱신형 계약이 포함되어 있습니다.

보험료 갱신형

보험료
가입 갱신시점 갱신시점

주의

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

갱신시 보험료가 인상될 수 있는 계약 예시

일반상해사망(갱신형), 암진단비(갱신형_5년),
골절진단비(치아파절제외_15년갱신형) 등과 같이 담보명에 **"(갱신형)"**이 포함된 보장

04. 실손보상형 담보 / 실손의료보험

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

실손형 담보
[중복가입 부적절]
중복가입시 비례보상

주의

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

② 동일한 위험을 보장하는 여러 개의 실손보상형 담보(또는 실손의료보험)에 가입하여 **불필요하게 보험료를 납입하지 않도록 주의** 하시기 바랍니다.

실손보상형 담보 예시

상해입원의료비, 가족일상생활중배상책임III, 교통사고합의비용(일반) 등

※ 일부 담보 예시로 실제 가입하신 담보의 실손보상 여부는 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.

05. 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

☑ 보장성보험

보장성보험
[사망,상해,질병 등]

주의

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

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

③ 가입한 **특약**의 경우 보통약관과 **보험기간이 다를 수 있습니다.**
(특약별 보험기간을 꼼꼼히 확인하시기 바랍니다.)

예금자보호제도에 관한 사항

예금자보호

주의

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.

보험료 납입면제에 관한 사항

보험료 납입면제

주의

암/뇌졸중/급성심근경색증 진단시 또는 상해/질병으로 80%이상 후유장해시 보장보험료 납입면제**(납입면제 가입시)**

※ **갱신형 특별약관**의 경우 납입면제에서 **제외**하며 해당 특별약관의 보험료를 계속 납입해야 함

보험료 비교 안내에 관한 사항(「통합간편가입형」에 해당)

보험료 비교

주의

무배당 흥Good 든든한 3N5 간편종합보험 "통합간편가입형"은 **"일반심사형"에 가입하기 어려운 피보험자**를 대상으로 합니다.

① **통합간편가입형**이란 **의적결함 및 연령제한**으로 인하여 보험시장에서 소외되고 있는 유병력자나 고령자등의 계약심사 및 건강검진의 부담을 줄여 보험에 가입할 수 있도록 표준체에 비하여 **간소화된 계약전 알릴의무 항목**을 활용하여 **계약심사 과정을 간소화**함을 의미합니다.

② 계약자가 "통합간편가입형" 가입시 회사는 **"일반심사형"의 보험료를 비교하여 안내**하고, "일반심사형"의 경우 피보험자가 표준체에 해당하는 계약전 알릴의무 항목을 통하여 **보험가입 여부에 대한 의적심사를 거쳐 가입이 가능한 상 품임을 설명**하여야 합니다. 상기 계약자에게 안내한 사항에 대한 확인을 받습니다.

③ 회사는 계약자가 **최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 "일반심사형" 가입을 희망**하는 경우, 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약심사를 통하여 **"일반심사형"을 청약할 수 있는 기회를 제공**합니다. 다만, 본 계약의 **보험금이 이미 지급되거나 청구서류를 접수한 경우에는 그러하지 않습니다.**

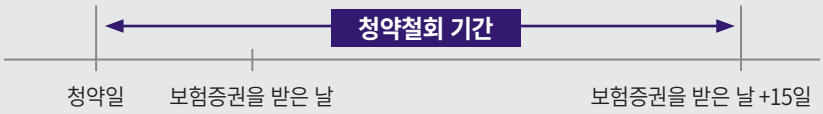
④ 위③에 의하여 "일반심사형"에 가입하는 경우에는 **"통합간편가입형"으로 가입한 계약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 보험계약자에게 돌려드립니다.**

III. 보험계약의 일반사항

01. 청약을 철회할 수 있는 권리

보통약관 **제19조**(청약의 철회)

⊙ 보험계약자는 **보험증권**을 받은 날부터 **15일 이내**에 보험계약의 **청약**을 **철회**할 수 있으며, 이 경우 회사는 **청약 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내**에 납입한 보험료를 돌려드립니다.



주의

[청약철회가 불가한 경우]

① **청약일부터 30일**(만 65세 이상 보험계약자 & 전화로 체결한 계약의 경우 45일)을 **초과**한 경우

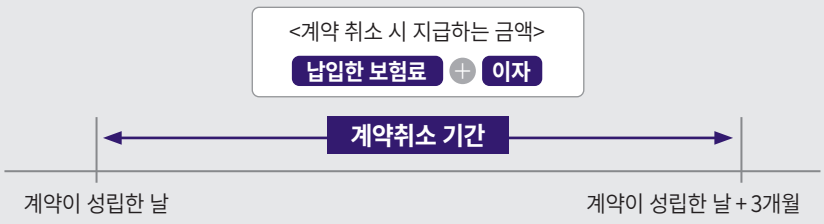
② **진단계약,** 보장기간이 **90일 미만인 계약** 또는 **전문금융소비자가 체결한 계약**

02. 보험계약을 취소할 수 있는 권리

보통약관 **제20조**(약관 교부 및 설명의무 등)

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

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



03. 보험계약의 무효

보통약관 **제21조**(계약의 무효)

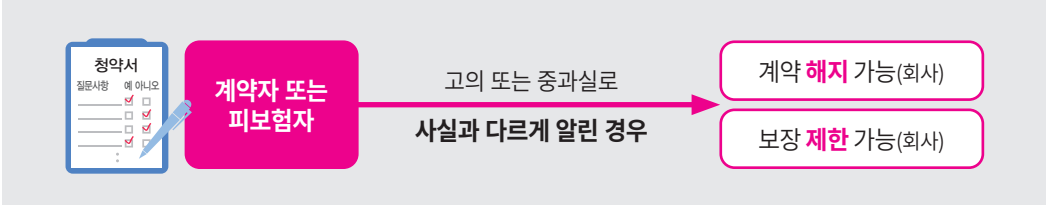
⊙ 보험회사는 다음의 경우 보험계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

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

04. 보험계약前 알릴의무 및 위반시 효과

보통약관 **제14조**(계약 전 알릴 의무), **제16조**(알릴 의무 위반의 효과)

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



주의

① 청약서의 질문사항에 대하여 **보험설계사**에게만 구두로 알렸을 경우 **보험계약前 알릴의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.**

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

민원 사례

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

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

법률지식

[대법원 2007. 6. 28. 선고 2006다59837]

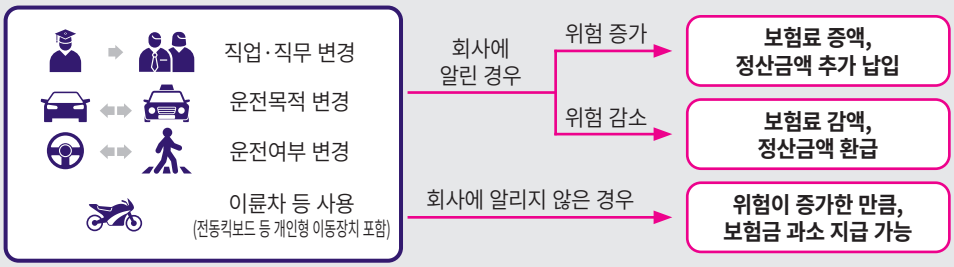
일반적으로 보험설계사는 독자적으로 보험회사를 대리하여 보험계약을 체결할 권한이나 고지의무를 수령할 권한이 없음

05. 보험계약後 알릴의무 및 위반시 효과

보통약관 **제15조**(상해보험 계약후 알릴 의무), **제16조**(알릴 의무 위반의 효과)

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

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

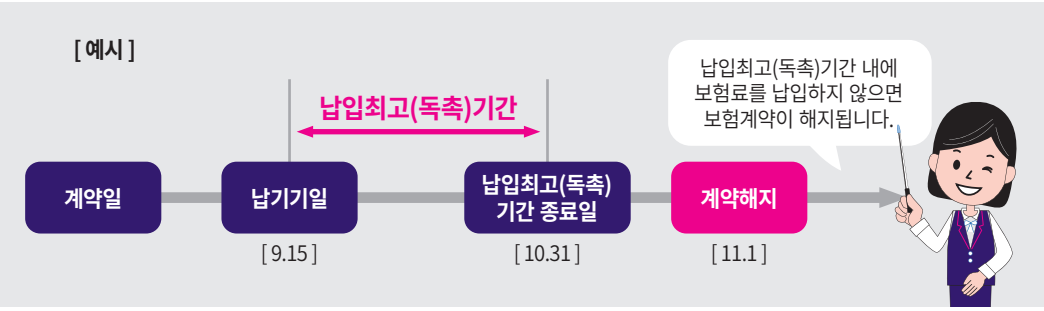


06. 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

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

⊙ 제2회이후 보험료 납입이 연체 중인 경우 보험회사는 납입을 독촉하는 안내를 하며, **납입최고(독촉) 기간 내**에 **보험료**를 **납입하지 않으면 보험계약이 해지** 됩니다.

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

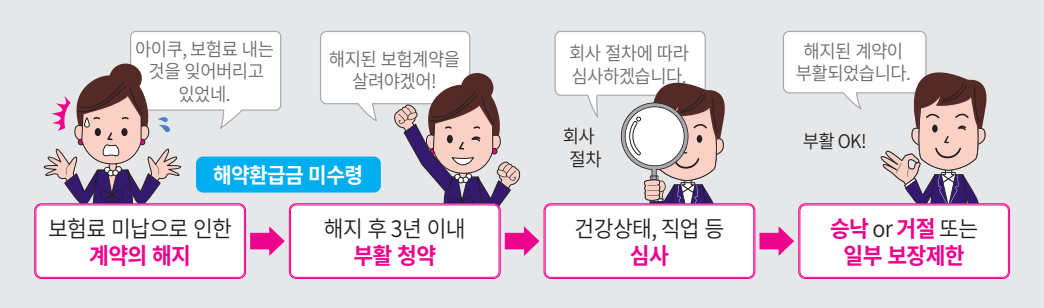


07. 해지된 보험계약의 부활(효력회복)

보통약관	**제28조**(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)), **제29조**(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

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

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



08. 보험계약대출

보통약관	**제34조**(보험계약대출)

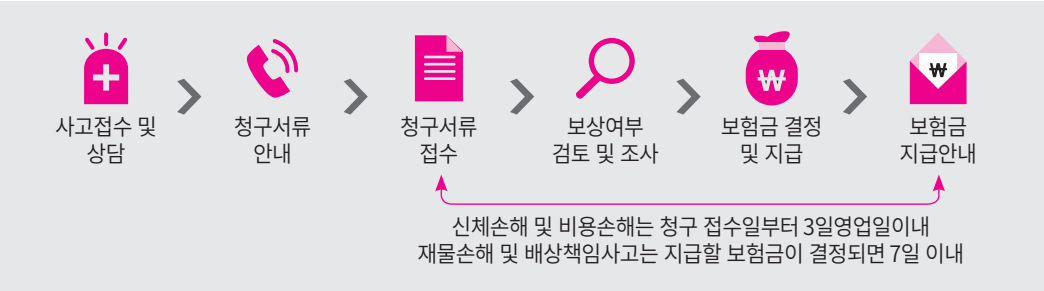
⊙ 이 계약은 **순수보장성보험**으로 회사는 이 계약에 대하여 **보험계약대출을 운용하지 않습니다.**

IV. 보험금 청구 및 지급절차 안내

01. 보험금 청구 및 지급절차

보통약관 **제8조**(보험금 등의 지급절차)

⊙ **보험금**은 청구서류 서류접수일로부터 신체손해 및 비용손해는 **3영업일**, 재물손해 및 배상책임사고는 지급할 보험금이 결정되면 **7일 이내**에 지급하는 것이 원칙입니다.



⊙ 보험금 청구서류 접수방법

· 보험금 청구는 방문 없이 홈페이지(www.heungkukfire.co.kr), 유선접수(1688-1688), 우편접수, Fax로 가능하며, 우편접수시에는 아래의 접수처로 보험금 청구서(당사양식)를 첨부하여 송부해 주시기 바랍니다.

우편접수 : (07254) 서울특별시 영등포구 버드나루로2길 7 (영등포동2가) 흥국생명빌딩 9층 사고접수 담당자

· 담당부서 및 담당자 연락처, 예상지급기일 등은 담당자가 지정되면 문자를 통해 알려 드리며 담당자 지정 전에는 콜센터로 문의하시기 바랍니다.

⊙ 보험금 청구 소멸시효

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

⊙ 손해사정사 선임 및 조사

· 보험금 지급여부 결정을 위해 사고 현장조사, 병원방문 조사 등이 필요한 경우 보험업법에 따라 금융감독원에 등록된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있습니다.

· 보험회사가 손해사정법인을 선임하는 경우 그 비용은 보험회사가 부담하며 가입자가 별도로 손해사정사를 선임하는 경우 그 비용은 가입자가 부담하셔야합니다.

⊙ 장해진단서 제출시 유의사항

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

⊙ 의료심사

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

⊙ 보험사간 치료비, 벌금, 배상책임 분담지급(비례보상 적용) 등

· 상해·질병으로 인한 의료비와 벌금, 배상책임 등 실비를 보상하는 상품의 경우 다른 보험회사의 가입여부에 따라 비례보상 원칙을 적용하여 보험금을 지급할 수 있습니다.

· 이 경우 개인정보 제공에 동의하시면 타사에 접수대행가능하며 타 보험사의 가입사항은 손해보험협회를 통해 확인 가능합니다.

⊙ 보험금 지급심사 지연안내 및 지연이자 지급

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

⊙ 보험금 지급안내 및 심사절차 조회 방법

· 보험금은 정상지급 또는 삭감 및 부지급(약관, 판례 등의 사유)될 수 있으며, 보험금이 지급되는 경우 문자, 우편 등을 통해 안내드리며, 산정내역에 이의사항이 있는 경우 아래로 연락주시면 상담하여 드립니다.
· 우편접수 : 서울시 종로구 새문안로 68(신문로1가) 6층 소비자지원팀
· 전화상담 : 1688-1688(상담가능시간 : 09시~18시)
· 당사 홈페이지(www.heungkukfire.co.kr)에 접속하시면 계약내용, 사고처리 진행경과 및 지급내역을 확인하실 수 있습니다.

보험모집질서 확립
보험계약과 관련한 보험모집질서 문란행위는 보험업법에 의해 처벌받을 수 있습니다. 금융감독원 보험 모집질서 위반행위 신고센터 전화 : 1332 홈페이지 : www.fss.or.kr

02. 보험금 청구시 구비서류 안내

보통약관 **제7조**(보험금 등의 청구)

주의
· 사고 내용, 특성, 상품(보장내역)에 따라 추가 서류를 요구할 수 있으니, 보험금 청구 전 보험회사에 제출서류를 확인하시기 바랍니다.
· 기타 자세한 사항은 1688-1688로 문의바랍니다

보험금 청구서류						
구분	진단서	입·퇴원 확인서	수술확인서	통원확인서	진단사실 확인서류	공통
사망	● (사망진단서)					청구서 신분증
장해	● (장해진단서)					
진단	●				● (검사결과지 등)	
입원	△	●				
수술	△		●			
실손	△	● (입원시)	● (수술시)	● (통원시)		

1. 상해/질병 사고

구 분		구비서류	발급처
공통 서류		- 보험금청구서(개인(신용)정보처리동의서, 계좌번호 포함) - 주민등록 사본 - 가족관계 확인 필요시 : 가족관계 확인서류(가족관계증명서, 혼인관계증명서) * 배우자, 자녀등의 보장상품, 수익자가 미성년자인 경우 등 - 대리인 청구시 : 위임장, 보험금 청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실확인서, 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함), 보험금 청구권자의 개인(신용)정보처리동의서 - 재해사고시 : 사고입증서류(표아래 참고)	당사양식 시/군/구청 및 읍/면/동 행정복지센터
사망		- 사망진단서(사체검안서) 원본 또는 피보험자 기본증명서(사망사실 기재)가 첨부된 사망진단서(사체검안서) 사본(원본대조필 포함) ※ (수익자 미지정시)추가 요청서류 - 상속관계 확인서류(예시 : 가족관계증명서, 혼인증명서 등) - 상속인이 다수인 경우 : 상속인 각각의 위임장 및 인감증명서 (또는 본인서명 사실확인서, 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)	경찰서 시/군/구청 및 읍/면/동 행정복지센터 진료병원
의료비	입원	- 진단서[단, 50만원 이하시 진단명이 포함된 입퇴원 확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 갈음] - 입퇴원확인서(진단서에 입원기간이 포함된 경우는 제외)	진료병원
	통원	- 진단서·통원확인서·(통원일자별)처방전·진료확인서·소견서·진료차트 등 진단명, 통원일자 및 기간이 포함된 서류 - 3만원 이하 : 진료비계산서(영수증) - 3만원 초과 10만원 이하 : 진료비계산서(영수증), 처방전(질병분류기호 기재) → 단, 산부인과, 항문외과, 비뇨기과, 피부과 등 제외 ※ 처방전 : 환자가 요구하는 경우 2부 발행 가능(무료) - 보험급여지급확인서	
후유 장해		- 후유장해진단서 ※ 발급전 당사 콜센터 또는 지급담당자와 상의하시기 바랍니다.	종합병원 (대학병원)
		※ (일반)진단서로 대체 가능한 장해 · 만성신부전 : 최초 혈액투석일, 환자상태 기재 · 사지절단 : 절단부위, 환자상태 기재, X-ray필름 첨부 · 인공관절치환술 : 수술명, 수술일자 기재 · 비장, 신장적출 : 비장, 신장적출 수술일 기재	

구 분	구비서류	발급처
진단금	- 진단서 - 진단사실 확인서류 [예시] 암 : 조직검사 결과지, 뇌졸중·심근경색 : 정밀검사결과지(CT, MRI, 심전도 등)	진료병원
골절	- 진단서·처방전·진료확인서·소견서·진료차트 등 진단명이 포함된 서류	진료병원
수술	- 진단서·수술확인서 등 진단명, 수술명, 수술일자가 포함된 서류	진료병원
신생아 입원비	- 진단서[단, 50만원 이하시 진단명이 포함된 입퇴원확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 갈음] - 입퇴원확인서(진단서에 인큐베이터 사용시 해당기간 명시) ※진단서에 입원기간(인큐베이터 사용기간)이 포함된 경우는 제외	진료병원
유산/사산	- 진단서(유산), 사산증명서(사산)	
치아관련 담보	- 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 진료확인서(아래 내용 포함) 가. 진료된 치아위치(또는 치아번호) 나. 진료내용 다. 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수 등 - 치과치료 전후 해당 치아의 X-Ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료 - 진료비계산서(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목이 포함된 치과 진료비 영수증 등)	진료병원

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

▷ 필요시 손해조사, 신속한 보험금 지급결정을 위해 보상담당자가 의료정보 열람 위임장(인감날인)/인감증명서를 요청할 수 있습니다.

▷ 척추체 등 운동장해 판정은 운동가능범위(AMA)방식을 적용하나 추간판탈출증(속칭 디스크)의 경우 산정기준이 이와 다르며 운동장해의 경우에도 사고내용에 따라 산정기준이 상이할 수 있습니다.

▷ 재해 입증서류 예시

1. 교통사고 : 공공기관(경찰서, 소방서 등), 손해보험사, 공제조합(버스, 화물, 택시 등) 사고사실확인서
2. 산업재해 : 산업재해처리내역서 또는 보험급여지급확인서
3. 군인재해사고 : 공무상병인증서
4. 의료사고 등 법원분쟁 : 법원판결문
5. 기타 재해사고 : 공공기관(경찰서, 소방서 등) 사고사실확인서
6. 확인서류 발급불가 재해사고 : 병원초진차트 등 재해사고 증명서류 및 보험금 청구서상 재해사고내용 기재

2. 교통상해사고

구 분		구비서류	발급처
공통서류		- 보험금청구서(개인(신용)정보처리동의서, 계좌번호 포함) - 청구인 신분증 사본 - 가족관계 확인 필요시 : 가족관계 확인서류(가족관계증명서, 혼인관계증명서) * 배우자, 자녀등의 보장상품, 수익자가 미성년자인 경우 등	당사양식 시/군/구청 및 읍/면/동 행정복지센터
		- 대리인 청구시 : 위임장, 보험금 청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실 확인서, 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함), 보험금 청구권자의 개인(신용)정보처리동의서 - 재해사고시 : 사고입증서류 (표아래 참고)	
사망		- 사망진단서(사체검안서) 원본 또는 피보험자 기본증명서(사망사실 기재)가 첨부된 사망진단서(사체검안서) 사본(원본대조필 포함)	경찰서 시/군/구청 및 읍/면/동 행정복지센터 진료병원
		※ (수익자 미지정시)추가 요청서류 - 상속관계 확인서류(예시 : 가족관계증명서, 혼인증명서 등) - 상속인이 다수인 경우 : 상속인 각각의 위임장 및 인감증명서 (또는 본인서명 사실확인서, 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)	
후유장해		- 후유장해진단서 ※ 발급전 당사 콜센터 또는 지급담당자와 상의하시기 바랍니다.	종합병원 (대학병원)
		※ (일반)진단서로 대체 가능한 장해 · 사지절단 : 절단부위, 환자상태 기재, X-ray필름 첨부 · 인공관절치환술 : 수술명, 수술일자 기재 · 비장, 신장적출 : 비장, 신장적출 수술일 기재	
의료비, 입원 일당 및 응급실 내원비	자동차 보험 처리	- 사고처리확인서(자사 자동차보험 처리시 생략가능)	해당보험사
	자동차 보험 미처리	- 교통사고사실확인원 - 입(통)원확인서(진단명 필수기재) - 진료비영수증 - 진료비 세부내역서 - 경찰서 미신고시 기타사고 증빙서류제출(초진차트 등)	경찰서 진료병원
면허정지 처리비용		- 교통사고사실확인원 - 면허정지 행정처분 확인원(교육必後) - 운전경력 증명서	경찰서 법원 면허시험장

구 분	구비서류	발급처
면허취소 처리비용	- 교통사고사실확인원 - 면허취소 행정처분 확인원 - 운전경력 증명서	경찰서 법원 면허시험장
벌금	- 교통사고사실확인원, 약식명령서, 벌금영수증	경찰서, 법원
교통사고 합의비용 (중상해 포함)	- 교통사고사실확인원 - 피해자진단서 - 경찰서에 제출된 형사합의서(합의금액 명시), 공소장(미합의시)공탁서 및 피해자 공탁금 출금 확인서	경찰서, 법원
자동차사고 부상	- 자동차보험에서 보상받은 경우 · 해당 자동차보험의 보상처리확인서 - 자동차보험에서 보상받지 못한 경우 · 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 및 상해등급을 판단할 수 있는 서류 (진단서, 수술기록지 등)	보험사, 병원, 경찰서

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

▷ 필요시 손해조사, 신속한 보험금 지급결정을 위해 보상담당자가 의료정보 열람 위임장(인감날인)/인감증명서를 요청할 수 있습니다.

▷ 척추체 등 운동장해 판정은 운동가능범위(AMA)방식을 적용하나 추간판탈출증(속칭 디스크)의 경우 산정기준이 이와 다르며 운동장해의 경우에도 사고내용에 따라 산정기준이 상이할 수 있습니다.

▷ 재해 입증서류 예시

1. 교통사고 : 공공기관(경찰서, 소방서 등), 손해보험사, 공제조합(버스, 화물, 택시 등) 사고사실확인서
2. 산업재해 : 산업재해처리내역서 또는 보험급여지급확인서
3. 군인재해사고 : 공무상병인증서
4. 의료사고 등 법원분쟁 : 법원판결문
5. 기타 재해사고 : 공공기관(경찰서, 소방서 등) 사고사실확인서
6. 확인서류 발급불가 재해사고 : 병원초진차트 등 재해사고 증명서류 및 보험금 청구서상 재해사고내용 기재

3. 배상책임사고

구 분	구비서류
공통서류	- 보험금청구서(재물·배상) - 피보험자의 가족관계확인서(중복보험 확인용도) - 보험금수취인의 신분증 및 통장사본 - 합의서

구 분		구비서류
의료비	입원	- 진단서(20만원 미만시 입원확인서로 대체가능) - 진료비영수증 - 진료비 세부내역서(본인부담금 50만원 이하 또는 비급여 내역이 없는 경우 생략) - 초진기록지, 간호정보조사지
	통원	- 통원(진료)확인서 또는 병명 기재된 챠트 - 일자별 영수증 및 약국영수증(병원처방전필수) * 카드 결제 영수증은 증빙서류가 아님 - 초진기록지
대인	치료비	- 피해자 신분증 - 진단서 또는 초진차트(진단명 명시) - 치료비 영수증 - 입원확인서(입원시) - 상급병실 사용 확인서(법정전염병 또는 중환자로서 특별히 인정되는 경우 지급) - 개호소견서 - 향후 치료비 추정서(치료 현재시점 이후에 지속적 가료를 요하는 경우)
	휴업손해	- 피해자 소득 입증자료 (근로소득 원천징수 영수증, 최근 3개월간 임금 대장, 근로계약서 등)
	후유장해	- 후유장해 진단서(맥브라이드식 장해평가) * 발급時 보상담당자와 상의하시기 바랍니다.
	사망	- 사망진단서(사체검안서) - 가족관계증명서, 기본증명서(망자의 기본증명서 및 각 상속인의 기본증명서 포함) - 제적등본 - 통장사본 - 법정상속인이 다수인 경우 대표자에게 위임時 각각의 위임장 및 인감증명서 (또는 본인서명 사실확인서, 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인 방법 포함) 첨부
대물		- 피해자 신분증 - 파손사진 - 피해물의 등록증(차량등록증, 건물등기부등본 등) - 수리불가 확인서(수리 불가시) - 수리비 영수증

V. 자주 발생하는 민원 예상

01. 고지의무 관련 사례

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

유의사항

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

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

02. 가입 초기 해약환급률 과소 관련 사례

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

유의사항

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

03. 해약환급금 과소 관련 사례

⊙ A씨는 1형(또는 3형, 5형) 납입후 해약환급금지급형의 50%지급형을 20년동안 보험료를 납입하는 구조로 가입하고 성실하게 보험료를 납부해오다 15년 후 개인사유로 보험계약을 해지하였으나 해약환급금이 없는 것에 대한 민원 제기

유의사항

1형, 3형 및 5형 납입후 해약환급금지급형의 50%지급형은 납입기간 중에 해지시 해약환급금이 없는 반면 저렴한 보험료로 가입하실 수 있습니다

해약환급금 및 보험료 수준	2형, 4형 및 6형 (해약환급금 지급형)	>	1형, 3형 및 5형 (납입후 해약환급금지급형의 50%지급형)

04. 암진단비 면책관련 사례

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

유의사항

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

05. 피보험자의 직업 및 직무 변경 관련 사례

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

유의사항

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

06. 질병손해 보장 관련 사례

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

유의사항

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

07. 자동갱신 및 갱신시 보험료 인상 관련 사례

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

유의사항

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

VI. 보험용어 해설

용어	설명
보험약관	보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것
보험증권	보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서
보험계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람
피보험자	<신체손해/비용손해 보장> 보험사고 발생의 대상이 되는 사람 <재물손해/배상책임 보장> 보험사고가 발생함으로서 손해를 입을 수 있는 사람, 즉 피보험이익을 지니고 있는 사람을 말하며, 해당 보험금을 청구할 수 있는 사람
보험수익자	보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람
보험료	· 보장보험료 : 보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 보험료 · 적립보험료 : 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료 · 적립부분 순보험료 : 적립보험료에서 적립부분 사업비를 공제한 후의 금액 ※ 보험료 = 보장보험료 + 적립보험료
보험금	<신체손해/비용손해 보장> 피보험자의 사망, 장해, 입원 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액 <재물손해/배상책임 보장> 피보험자의 배상책임손해 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 피보험자에게 지급하는 금액
보험기간	보험계약에 따라 보장을 받는 기간
보장개시일	보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날
보험계약일	보험계약자와 회사와의 보험계약 체결일
보험가입금액	보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액
계약자적립액	· 계약자적립액 = 보장부분 계약자적립액 + 적립부분 계약자적립액 · 보장부분 계약자적립액 : 장래의 보험금 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보장순보험료 중 일정액을 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 보험회사가 적립해 둔 금액 · 적립부분 계약자적립액 : 장래의 만기환급금 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 적립 순보험료를 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 보험회사가 적립해 둔 금액

<table>
<tr><th>용어</th><th>설명</th></tr>
<tr><td>해약환급금</td><td>· 계약의 효력 상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액으로, 계약자적립액에서 해약공제액(미상각 신계약비)을 차감한 금액
<table>
<tr><th>종 구분</th><th>납입기간 중</th><th>납입기간 후</th></tr>
<tr><td>1형, 3형 및 5형
(납입후 해약환급금지급형의
50%지급형)</td><td>없음</td><td>해약환급금 지급형
해약환급금의 50%</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

목 차

흥국화재 약관 이용 Guide Book

시각화 된 흥국화재 약관 요약서

Ⅰ. 보험계약의 개요 8
Ⅱ. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항 10
Ⅲ. 보험계약의 일반사항 15
Ⅳ. 보험금 청구 및 지급절차 안내 19
Ⅴ. 자주 발생하는 민원 예상 26
Ⅵ. 보험용어 해설 29

보통약관

제1관 목적 및 용어의 정의 60

제1조(목적) 60
제2조(용어의 정의) 60

제2관 보험금의 지급 62

제3조(보험금의 지급사유) 62
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 62
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 62
제6조(보험금 지급사유의 통지) 63
제7조(보험금 등의 청구) 63
제8조(보험금 등의 지급절차) 63
제9조(중도인출) 64
제10조(보험금 받는 방법의 변경) 64
제11조(주소변경통지) 64
제12조(보험수익자의 지정) 65
제13조(대표자의 지정) 65

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 65

제14조(계약 전 알릴 의무) 65
제15조(상해보험 계약 후 알릴 의무) 66
제16조(알릴 의무 위반의 효과) 67
제17조(사기에 의한 계약) 68

제4관 보험계약의 성립과 유지 68

제18조(보험계약의 성립) 68
제19조(청약의 철회) 69
제20조(약관 교부 및 설명의무 등) 70
제21조(계약의 무효) 71
제22조(계약내용의 변경 등) 71
제23조(보험나이 등) 72

제24조(보통약관 계약의 소멸) 73
제24조의2(계약의 소멸시 계약자적립액의 청구) 73

제5관 보험료의 납입 73

제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 73
제26조(제2회 이후 보험료의 납입) 74
제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 74
제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 75
제29조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) 75

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등 76

제30조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) 76
제30조의2(위법계약의 해지) 76
제31조(중대사유로 인한 해지) 77
제32조(회사의 파산선고와 해지) 77
제33조(해약환급금) 77
제34조(보험계약대출) 78
제35조(배당금의 지급) 78

제7관 분쟁의 조정 등 78

제36조(분쟁의 조정) 78
제37조(관할법원) 78
제38조(소멸시효) 78
제39조(약관의 해석) 79
제40조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) 79
제41조(회사의 손해배상책임) 79
제42조(개인정보보호) 79
제43조(준거법) 79
제44조(예금보험에 의한 지급보장) 80

※ (통합간편가입형)은 (초경증간편가입형) 을 포함합니다.

특별약관

제1장. 상해관련 특별약관 82

1. 일반상해후유장해(80%이상) 특별약관 82
   1-1. 일반상해후유장해(80%이상)(통합간편가입형) 특별약관 82
   1-2. 일반상해후유장해(80%이상) 특별약관 82
2. 일반상해후유장해(20~100%) 특별약관 83
   2-1. 일반상해후유장해(20~100%)(통합간편가입형) 특별약관 83
   2-2. 일반상해후유장해(20~100%) 특별약관 83
3. 일반상해입원비(1일-180일) 특별약관 85
   3-1. 일반상해입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 85
   3-2. 일반상해입원비(1일-180일) 특별약관 85
4. 상해중환자실입원비(1일-180일) 특별약관 86
   4-1. 상해중환자실입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 86
   4-2. 상해중환자실입원비(1일-180일) 특별약관 86

5. 상해수술비 특별약관 87
5-1. 상해수술비(통합간편가입형) 특별약관 87
5-2. 상해수술비 특별약관 87
6. 뇌 · 내장상해 수술비 특별약관 89
6-1. 뇌 · 내장상해 수술비 특별약관 89
7. 상해1~5종수술비 II 특별약관 91
7-1. 상해1~5종수술비 II (통합간편가입형) 특별약관 91
7-2. 상해1~5종수술비 II 특별약관 91
8. 골절진단비(치아파절 제외) 특별약관 93
8-1. 골절진단비(치아파절 제외)(통합간편가입형) 특별약관 93
8-2. 골절진단비(치아파절 제외) 특별약관 93
9. 골절진단비(치아파절 제외)(1~5급)(연간1회한) 특별약관 94
9-1. 골절진단비(치아파절 제외)(1~5급)(연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 94
9-2. 골절진단비(치아파절 제외)(1~5급)(연간1회한) 특별약관 94
10. 골절수술비 특별약관 96
10-1. 골절수술비(통합간편가입형) 특별약관 96
10-2. 골절수술비 특별약관 96
11. 골절수술비(1~5급)(연간1회한) 특별약관 98
11-1. 골절수술비(1~5급)(연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 98
11-2. 골절수술비(1~5급)(연간1회한) 특별약관 98
12. 화상진단비 특별약관 100
12-1. 화상진단비(통합간편가입형) 특별약관 100
12-2. 화상진단비 특별약관 100
13. 화상수술비 특별약관 101
13-1. 화상수술비(통합간편가입형) 특별약관 101
13-2. 화상수술비 특별약관 101
14. 5대골절진단비 특별약관 103
14-1. 5대골절진단비(통합간편가입형) 특별약관 103
14-2. 5대골절진단비 특별약관 103
15. 5대골절수술비 특별약관 103
15-1. 5대골절수술비(통합간편가입형) 특별약관 103
15-2. 5대골절수술비 특별약관 103
16. 일반상해입원비(1일-20일) 특별약관 105
16-1. 일반상해입원비(1일-20일)(통합간편가입형) 특별약관 105
16-2. 일반상해입원비(1일-20일) 특별약관 105
17. 신화상진단비 특별약관 106
17-1. 신화상진단비(통합간편가입형) 특별약관 106
17-2. 신화상진단비 특별약관 106
18. 상해1~5종수술동반입원비 특별약관 107
18-1. 상해1~5종수술동반입원비(통합간편가입형) 특별약관 107
18-2. 상해1~5종수술동반입원비 특별약관 107
19. 상해1~5종수술비(1사고당) 특별약관 111
19-1. 상해1~5종수술비(1사고당)(통합간편가입형) 특별약관 111
19-2. 상해1~5종수술비(1사고당) 특별약관 111
20. 아나필락시스진단비(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관 113
21. 상해1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한) 특별약관 114

21-1. 상해1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 114
21-2. 상해1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한) 특별약관 114
22. 상해흉터복원수술비 특별약관 120
22-1. 상해흉터복원수술비(통합간편가입형) 특별약관 120
22-2. 상해흉터복원수술비 특별약관 120
23. 상해흉터복원수술비(안면부) 특별약관 121
23-1. 상해흉터복원수술비(안면부)(통합간편가입형) 특별약관 121
23-2. 상해흉터복원수술비(안면부) 특별약관 121
24. 종합병원 일반상해입원비(1일-180일) 특별약관 123
24-1. 종합병원 일반상해입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 123
24-2. 종합병원 일반상해입원비(1일-180일) 특별약관 123
25. 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일) 특별약관 126
25-1. 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일)(통합간편가입형) 특별약관 126
25-2. 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일) 특별약관 126
26. 창상봉합술치료비(급여,연간3회한) 특별약관 128
26-1. 창상봉합술치료비(급여,연간3회한)(통합간편가입형) 특별약관 128
26-2. 창상봉합술치료비(급여,연간3회한) 특별약관 128
27. 창상봉합술치료비(급여,안면부,연간3회한) 특별약관 129
27-1. 창상봉합술치료비(급여,안면부,연간3회한)(통합간편가입형) 특별약관 129
27-2. 창상봉합술치료비(급여,안면부,연간3회한) 특별약관 129
28. 일반상해후유장해(3~100%) 특별약관 131
28-1. 일반상해후유장해(3~100%)(통합간편가입형) 특별약관 131
28-2. 일반상해후유장해(3~100%) 특별약관 131
28-3. 일반상해후유장해(3~100%)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 131
28-4. 일반상해후유장해(3~100%)(갱신형_20년) 특별약관 131
29. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일) 특별약관 133
29-1. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 133
29-2. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일) 특별약관 133
29-3. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 133
29-4. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관 133
30. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일-180일) 특별약관 137
30-1. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 137
30-2. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일-180일) 특별약관 137
30-3. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일-180일)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 137
30-4. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관 137
31. 간호 · 간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-180일) 특별약관 141
31-1. 간호 · 간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 141
31-2. 간호 · 간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-180일) 특별약관 141
31-3. 간호 · 간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-180일)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 141
31-4. 간호 · 간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관 141
32. 상해재활치료비(급여_연간20회한) 특별약관 144

32-1. 상해재활치료비(급여_연간20회한)(통합간편가입형) 특별약관 144
32-2. 상해재활치료비(급여_연간20회한) 특별약관 144
33. 종합병원 1인실(특실포함) 일반상해입원비(1일-30일) 특별약관 145
33-1. 종합병원 1인실(특실포함) 일반상해입원비(1일-30일)(통합간편가입형) 특별약관 145
33-2. 종합병원 1인실(특실포함) 일반상해입원비(1일-30일) 특별약관 145
34. 상급종합병원 1인실(특실포함) 일반상해입원비(1일-30일) 특별약관 148
34-1. 상급종합병원 1인실(특실포함) 일반상해입원비(1일-30일)(통합간편가입형) 특별약관 148
34-2. 상급종합병원 1인실(특실포함) 일반상해입원비(1일-30일) 특별약관 148
35. 종합병원 상해수술비 특별약관 150
35-1. 종합병원 상해수술비(통합간편가입형) 특별약관 150
35-2. 종합병원 상해수술비 특별약관 150
36. 상급종합병원 상해수술비 특별약관 152
36-1. 상급종합병원 상해수술비(통합간편가입형) 특별약관 152
36-2. 상급종합병원 상해수술비 특별약관 152
37. 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(181일이상) 특별약관 154
37-1. 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(181일이상)(통합간편가입형) 특별약관 154
37-2. 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(181일이상) 특별약관 154
38. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상) 특별약관 156
38-1. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상)(통합간편가입형) 특별약관 156
38-2. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상) 특별약관 156
38-3. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상) (통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 156
38-4. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상) (갱신형_20년) 특별약관 156
39. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상) 특별약관 161
39-1. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상)(통합간편가입형) 특별약관 161
39-2. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상) 특별약관 161
39-3. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상)(통합간편가입형) (갱신형_20년) 특별약관 161
39-4. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상)(갱신형_20년) 특별약관 161
40. 종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일-30일) 특별약관 166
40-1. 종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일-30일)(통합간편가입형) 특별약관 166
40-2. 종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일-30일) 특별약관 166
41. 상급종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일-30일) 특별약관 168
41-1. 상급종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일-30일)(통합간편가입형) 특별약관 168
41-2. 상급종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일-30일) 특별약관 168
42. 상해수술비(치아파절 및 치아탈구제외) 특별약관 171
42-1. 상해수술비(치아파절 및 치아탈구제외)(통합간편가입형) 특별약관 171
42-2. 상해수술비(치아파절 및 치아탈구제외) 특별약관 171
43. 간병인사용 일반상해입원비(종합병원)(1일-180일) 특별약관 172
43-1. 간병인사용 일반상해입원비(종합병원)(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 172
43-2. 간병인사용 일반상해입원비(종합병원)(1일-180일) 특별약관 172
44. 간병인사용 일반상해입원비(상급종합병원)(1일-180일) 특별약관 176
44-1. 간병인사용 일반상해입원비(상급종합병원)(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 176

44-2. 간병인사용 일반상해입원비(상급종합병원)(1일-180일) 특별약관 176
45. 상해통합치료비(실속형/기본형/고급형) 특별약관 179
45-1. 상해통합치료비(실속형/기본형/고급형)(통합간편가입형) 특별약관 179
45-2. 상해통합치료비(실속형/기본형/고급형) 특별약관 179

제2장. 질병관련 특별약관 192

1. 질병사망 특별약관 192
1-1. 질병사망(통합간편가입형) 특별약관 192
1-2. 질병사망 특별약관 192
1-3. 질병사망(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 192
1-4. 질병사망(갱신형_20년) 특별약관 192
2. 질병후유장해(80%이상) 특별약관 193
2-1. 질병후유장해(80%이상)(통합간편가입형) 특별약관 193
2-2. 질병후유장해(80%이상) 특별약관 193
3. 질병후유장해(20~100%) 특별약관 194
3-1. 질병후유장해(20~100%)(통합간편가입형) 특별약관 194
3-2. 질병후유장해(20~100%) 특별약관 194
4-1. 질병입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 196
4-1-1. 질병입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 196
4-2. 질병입원비(1일-180일) 특별약관 198
4-2-1. 질병입원비(1일-180일) 특별약관 198
5-1. 질병중환자실입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 199
5-1-1. 질병중환자실입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 199
5-2. 질병중환자실입원비(1일-180일) 특별약관 201
5-2-1. 질병중환자실입원비(1일-180일) 특별약관 201
6-1. 질병수술비(통합간편가입형) 특별약관 204
6-1-1. 질병수술비(통합간편가입형) 특별약관 204
6-2. 질병수술비(1년미만50%감액지급) 특별약관 206
6-2-1. 질병수술비(1년미만50%감액지급) 특별약관 206
7. 암진단비(유사암제외) 특별약관 209
7-1. 암진단비(유사암제외)(통합간편가입형) 특별약관 209
7-2. 암진단비(유사암제외) 특별약관 209
7-3. 암진단비(유사암제외)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 209
7-4. 암진단비(유사암제외)(갱신형_20년) 특별약관 209
8. 유사암진단비 특별약관 211
8-1. 유사암진단비(통합간편가입형) 특별약관 211
8-2. 유사암진단비 특별약관 211
8-3. 유사암진단비(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 211
8-4. 유사암진단비(갱신형_20년) 특별약관 211
9. 11대특정암진단비 특별약관 213
9-1. 11대특정암진단비(통합간편가입형) 특별약관 213
9-2. 11대특정암진단비 특별약관 213
10. 재진단암Ⅲ진단비(갱신형_20년) 특별약관 215
10-1. 재진단암Ⅲ진단비(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 215
10-2. 재진단암Ⅲ진단비(갱신형_20년) 특별약관 215
11. 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일) 특별약관 222

11-1. 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 222
11-2. 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일) 특별약관 222
12. 요양병원 암입원비(1일-90일) 특별약관 225
12-1. 요양병원 암입원비(1일-90일)(통합간편가입형) 특별약관 225
12-2. 요양병원 암입원비(1일-90일) 특별약관 225
13. 암수술비(유사암제외)(최초1회한) 특별약관 229
13-1. 암수술비(유사암제외)(최초1회한)(통합간편가입형) 특별약관 229
13-2. 암수술비(유사암제외)(최초1회한) 특별약관 229
14. 암수술비(유사암제외) 특별약관 232
14-1. 암수술비(유사암제외)(통합간편가입형) 특별약관 232
14-2. 암수술비(유사암제외) 특별약관 232
15. 유사암수술비 특별약관 235
15-1. 유사암수술비(통합간편가입형) 특별약관 235
15-2. 유사암수술비 특별약관 235
16. 항암방사선약물치료비 특별약관 237
16-1. 항암방사선약물치료비(통합간편가입형) 특별약관 237
16-2. 항암방사선약물치료비 특별약관 237
17. 뇌출혈진단비 특별약관 240
17-1. 뇌출혈진단비(통합간편가입형) 특별약관 240
17-2. 뇌출혈진단비 특별약관 240
18. 급성심근경색증진단비Ⅱ 특별약관 241
18-1. 급성심근경색증진단비Ⅱ(통합간편가입형) 특별약관 241
18-2. 급성심근경색증진단비Ⅱ 특별약관 241
19-1. 질병1~5종수술동반입원비Ⅲ(통합간편가입형) 특별약관 243
19-1-1.질병1~5종수술동반입원비Ⅲ(통합간편가입형) 특별약관 243
19-2. 질병1~5종수술동반입원비Ⅳ 특별약관 248
19-2-1.질병1~5종수술동반입원비Ⅳ 특별약관 248
20. 뇌출혈 및 급성심근경색증수술비 특별약관 252
20-1. 뇌출혈 및 급성심근경색증수술비(통합간편가입형) 특별약관 252
20-2. 뇌출혈 및 급성심근경색증수술비 특별약관 252
21. 뇌졸중진단비Ⅱ 특별약관 255
21-1. 뇌졸중진단비Ⅱ(통합간편가입형) 특별약관 255
21-2. 뇌졸중진단비Ⅱ 특별약관 255
22. 순환계질환진단비(특정질병 및 2대질병제외) 특별약관 256
22-1. 순환계질환진단비(특정질병 및 2대질병제외)(통합간편가입형) 특별약관 256
22-2. 순환계질환진단비(특정질병 및 2대질병제외) 특별약관 256
23. 허혈성심질환진단비Ⅱ 특별약관 258
23-1. 허혈성심질환진단비Ⅱ(통합간편가입형) 특별약관 258
23-2. 허혈성심질환진단비Ⅱ 특별약관 258
23-3. 허혈성심질환진단비Ⅱ(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 258
23-4. 허혈성심질환진단비Ⅱ(갱신형_20년) 특별약관 258
24-1. 뇌혈관질환수술비Ⅱ(통합간편가입형) 특별약관 259
24-1-1.뇌혈관질환수술비Ⅱ(통합간편가입형) 특별약관 259
24-2. 뇌혈관질환수술비Ⅱ 특별약관 262
24-2-1.뇌혈관질환수술비Ⅱ 특별약관 262
25-1. 허혈성심질환수술비Ⅱ(통합간편가입형) 특별약관 264

25-1-1.허혈성심질환수술비 II (통합간편가입형) 특별약관 264
25-2. 허혈성심질환수술비 II 특별약관 266
25-2-1.허혈성심질환수술비 II 특별약관 266
26. 혈전용해치료비(1회한) 특별약관 267
26-1. 혈전용해치료비(1회한)(통합간편가입형) 특별약관 267
26-2. 혈전용해치료비(1회한) 특별약관 267
27. 말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비(최초1회한) 특별약관 270
27-1. 말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비(최초1회한)(통합간편가입형) 특별약관 270
27-2. 말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비(최초1회한) 특별약관 270
28-1. 신70대특정질병수술비(통합간편가입형) 특별약관 273
28-1-1.신70대특정질병수술비(통합간편가입형) 특별약관 273
28-2. 신70대특정질병수술비 특별약관 277
28-2-1.신70대특정질병수술비 특별약관 277
29-1. 질병1~5종수술비 II (동일질병당)(통합간편가입형) 특별약관 282
29-1-1.질병1~5종수술비 II (동일질병당)(통합간편가입형) 특별약관 282
29-2. 질병1~5종수술비 II (동일질병당)(1년미만50%감액지급) 특별약관 285
29-2-1.질병1~5종수술비 II (동일질병당)(1년미만50%감액지급) 특별약관 285
30. 뇌혈관질환진단비 II 특별약관 287
30-1. 뇌혈관질환진단비 II (통합간편가입형) 특별약관 287
30-2. 뇌혈관질환진단비 II 특별약관 287
30-3. 뇌혈관질환진단비 II (통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 287
30-4. 뇌혈관질환진단비 II (갱신형_20년) 특별약관 287
31. 유사암진단비 III 특별약관 290
31-1. 유사암진단비 III (통합간편가입형) 특별약관 290
31-2. 유사암진단비 III 특별약관 290
32-1. 5대기관질병수술비 II (통합간편가입형) 특별약관 292
32-1-1.5대기관질병수술비 II (통합간편가입형) 특별약관 292
32-2. 5대기관질병수술비 II 특별약관 294
32-2-1.5대기관질병수술비 II 특별약관 294
33. 대상포진진단비 특별약관 297
33-1. 대상포진진단비(통합간편가입형) 특별약관 297
33-2. 대상포진진단비 특별약관 297
34. 대상포진눈병진단비 특별약관 298
34-1. 대상포진눈병진단비(통합간편가입형) 특별약관 298
34-2. 대상포진눈병진단비 특별약관 298
35. 통풍진단비 특별약관 299
35-1. 통풍진단비(통합간편가입형) 특별약관 299
35-2. 통풍진단비 특별약관 299
36. 순환계질환진단비(특정질병제외) 특별약관 300
36-1. 순환계질환진단비(특정질병제외)(통합간편가입형) 특별약관 300
36-2. 순환계질환진단비(특정질병제외) 특별약관 300
37. 표적항암약물허가치료비 II (갱신형_10년) 특별약관 302
37-1. 표적항암약물허가치료비 II (통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관 302
37-2. 표적항암약물허가치료비 II (갱신형_10년) 특별약관 302
38. 표적항암약물허가치료비 II (기타피부암 및 갑상선암 이외의 암)(갱신형_10년) 특별약관 307
38-1. 표적항암약물허가치료비 II (기타피부암 및 갑상선암 이외의 암)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관 307

38-2. 표적항암약물허가치료비 II (기타피부암 및 갑상선암 이외의 암)(갱신형_10년) 특별약관 307
39-1. 질병입원비(1일-20일)(통합간편가입형) 특별약관 312
39-1-1.질병입원비(1일-20일)(통합간편가입형) 특별약관 312
39-2. 질병입원비(1일-20일) 특별약관 314
39-2-1.질병입원비(1일-20일) 특별약관 314
40. 암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한) 특별약관 315
40-1. 암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한)(통합간편가입형) 특별약관 315
40-2. 암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한) 특별약관 315
41. 3대질병 상급종합병원통원비(연간30회한) 특별약관 319
41-1. 3대질병 상급종합병원통원비(연간30회한)(통합간편가입형) 특별약관 319
41-2. 3대질병 상급종합병원통원비(연간30회한) 특별약관 319
42. 신재진단암진단비 II (기타피부암,갑상선암 및 전립선암 포함, 5회한) 특별약관 325
42-1. 신재진단암진단비 II (기타피부암,갑상선암 및 전립선암 포함, 5회한)(통합간편가입형) 특별약관 325
42-2. 신재진단암진단비 II (기타피부암,갑상선암 및 전립선암 포함, 5회한) 특별약관 325
42-3. 신재진단암진단비 II (기타피부암,갑상선암 및 전립선암 포함, 5회한)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 325
42-4. 신재진단암진단비 II (기타피부암,갑상선암 및 전립선암 포함, 5회한)(갱신형_20년) 특별약관 325
43. 항암방사선약물치료비(연간1회한) 특별약관 331
43-1. 항암방사선약물치료비(연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 331
43-2. 항암방사선약물치료비(연간1회한) 특별약관 331
44. 표적항암약물허가치료비 II (연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관 333
44-1. 표적항암약물허가치료비 II (연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관 333
44-2. 표적항암약물허가치료비 II (연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관 333
45. 항암호르몬약물허가치료비(기타피부암 및 갑상선암이외의 암)(갱신형_10년) 특별약관 339
45-1. 항암호르몬약물허가치료비(기타피부암 및 갑상선암이외의 암)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관 339
45-2. 항암호르몬약물허가치료비(기타피부암 및 갑상선암이외의 암)(갱신형_10년) 특별약관 339
46. 갑상선암호르몬약물허가치료비(갱신형_10년) 특별약관 343
46-1. 갑상선암호르몬약물허가치료비(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관 343
46-2. 갑상선암호르몬약물허가치료비(갱신형_10년) 특별약관 343
47. 항암양성자방사선치료비 II (갱신형_10년) 특별약관 348
47-1. 항암양성자방사선치료비 II (통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관 348
47-2. 항암양성자방사선치료비 II (갱신형_10년) 특별약관 348
48. 항암세기조절방사선치료비 II (갱신형_10년) 특별약관 351
48-1. 항암세기조절방사선치료비 II (통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관 351
48-2. 항암세기조절방사선치료비 II (갱신형_10년) 특별약관 351
49. 항암세기조절방사선치료비(토모테라피) II (갱신형_10년) 특별약관 355
49-1. 항암세기조절방사선치료비(토모테라피) II (통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관 355
49-2. 항암세기조절방사선치료비(토모테라피) II (갱신형_10년) 특별약관 355
50. 항암정위방사선치료비 II (갱신형_10년) 특별약관 358
50-1. 항암정위방사선치료비 II (통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관 358
50-2. 항암정위방사선치료비 II (갱신형_10년) 특별약관 358
51. 백내장진단비 특별약관 361
51-1. 백내장진단비(통합간편가입형) 특별약관 361
51-2. 백내장진단비 특별약관 361
52-1. 신142대특정질병수술비 II (통합간편가입형) 특별약관 362
52-1-1.신142대특정질병수술비 II (통합간편가입형) 특별약관 362

52-2. 신142대특정질병수술비 II 특별약관 369
52-2-1.신142대특정질병수술비 II 특별약관 369
53. 특정심혈관질환(기타심장부정맥제외)진단비 II 특별약관 375
53-1. 특정심혈관질환(기타심장부정맥제외)진단비 II (통합간편가입형) 특별약관 375
53-2. 특정심혈관질환(기타심장부정맥제외)진단비 II 특별약관 375
54. 특정심혈관질환(기타심장부정맥)진단비 II 특별약관 376
54-1. 특정심혈관질환(기타심장부정맥)진단비 II (통합간편가입형) 특별약관 376
54-2. 특정심혈관질환(기타심장부정맥)진단비 II 특별약관 376
55. 특정순환계질환수술비 특별약관 378
55-1. 특정순환계질환수술비(통합간편가입형) 특별약관 378
55-2. 특정순환계질환수술비 특별약관 378
56-1. 심장부정맥 고주파 · 냉각절제술(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 381
56-1-1.심장부정맥 고주파 · 냉각절제술(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 381
56-2. 심장부정맥 고주파 · 냉각절제술(급여_연간1회한) 특별약관 383
56-2-1.심장부정맥 고주파 · 냉각절제술(급여_연간1회한) 특별약관 383
57. 주요심장염증질환진단비 특별약관 385
57-1. 주요심장염증질환진단비(통합간편가입형) 특별약관 385
57-2. 주요심장염증질환진단비 특별약관 385
58-1. 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(특정부인과질환)(최초1회한)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관 386
58-1-1.고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(특정부인과질환)(최초1회한)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관 386
58-2. 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(특정부인과질환)(최초1회한)(갱신형_10년) 특별약관 388
58-2-1.고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(특정부인과질환)(최초1회한)(갱신형_10년) 특별약관 388
59-1. 종합병원 특정질환 로봇수술비(연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_5년) 특별약관 391
59-1-1.종합병원 특정질환 로봇수술비(연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_5년) 특별약관 391
59-2. 종합병원 특정질환 로봇수술비(연간1회한)(갱신형_5년) 특별약관 394
59-2-1.종합병원 특정질환 로봇수술비(연간1회한)(갱신형_5년) 특별약관 394
60. 다빈치및레보아이로봇 암수술비(최초1회한)(갱신형_10년) 특별약관 397
60-1. 다빈치및레보아이로봇 암수술비(최초1회한)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관 397
60-2. 다빈치및레보아이로봇 암수술비(최초1회한)(갱신형_10년) 특별약관 397
61-1. 뇌혈관질환입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 402
61-1-1.뇌혈관질환입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 402
61-2. 뇌혈관질환입원비(1일-180일) 특별약관 404
61-2-1.뇌혈관질환입원비(1일-180일) 특별약관 404
62-1. 허혈성심질환입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 407
62-1-1.허혈성심질환입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 407
62-2. 허혈성심질환입원비(1일-180일)특별약관 409
62-2-1.허혈성심질환입원비(1일-180일) 특별약관 409
63-1. 스텐트삽입술치료비 II (급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 411
63-1-1.스텐트삽입술치료비 II (급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 411
63-2. 스텐트삽입술치료비 II (급여_연간1회한) 특별약관 413
63-2-1.스텐트삽입술치료비 II (급여_연간1회한) 특별약관 413
64-1. 체외충격파쇄석술치료비(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 416
64-1-1.체외충격파쇄석술치료비(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 416
64-2. 체외충격파쇄석술치료비(급여_연간1회한) 특별약관 418

64-2-1.체외충격파쇄석술치료비(급여_연간1회한) 특별약관 418
65-1. 8대기관 양성신생물(용종포함)수술비(연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 419
65-1-1.8대기관 양성신생물(용종포함)수술비(연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 419
65-2. 8대기관 양성신생물(용종포함)수술비(연간1회한) 특별약관 422
65-2-1.8대기관 양성신생물(용종포함)수술비(연간1회한) 특별약관 422
66-1. 요실금수술비(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 424
66-1-1.요실금수술비(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 424
66-1-2.요실금수술비(급여_연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 424
66-2. 요실금수술비(급여_연간1회한) 특별약관 426
66-2-1.요실금수술비(급여_연간1회한) 특별약관 426
66-2-2.요실금수술비(급여_연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관 426
67-1. 질병1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 428
67-1-1.질병1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 428
67-2. 질병1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한) 특별약관 434
67-2-1.질병1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한) 특별약관 434
68. 요로결석진단비 특별약관 439
68-1. 요로결석진단비(통합간편가입형) 특별약관 439
68-2. 요로결석진단비 특별약관 439
69. 간경변증(CP B이상)진단비 특별약관 441
69-1. 간경변증(CP B이상)진단비(통합간편가입형) 특별약관 441
69-2. 간경변증(CP B이상)진단비 특별약관 441
70. 크론병 및 궤양성대장염진단비 특별약관 442
70-1. 크론병 및 궤양성대장염진단비(통합간편가입형) 특별약관 442
70-2. 크론병 및 궤양성대장염진단비 특별약관 442
71-1. 암 · 순환계질환 원케어치료비(실속형/고급형)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 444
71-1-1.암 · 순환계질환 원케어치료비(실속형/고급형)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 444
71-2. 암 · 순환계질환 원케어치료비(실속형/고급형)(갱신형_20년) 특별약관 464
71-2-1.암 · 순환계질환 원케어치료비(실속형/고급형)(갱신형_20년) 특별약관 464
72. 특정패혈증진단비 특별약관 484
72-1. 특정패혈증진단비(통합간편가입형) 특별약관 484
72-2. 특정패혈증진단비 특별약관 484
73. 급성신우신염진단비(감액없음) 특별약관 485
73-1. 급성신우신염진단비(감액없음)(통합간편가입형) 특별약관 485
73-2. 급성신우신염진단비(감액없음) 특별약관 485
74. 중증갑상선암진단비 특별약관 486
74-1. 중증갑상선암진단비(통합간편가입형) 특별약관 486
74-2. 중증갑상선암진단비 특별약관 486
75. 카티(CAR-T) 항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관 488
75-1. 카티(CAR-T) 항암약물허가치료비(연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관 488
75-2. 카티(CAR-T) 항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관 488
76-1. 종합병원 질병입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 494
76-1-1.종합병원 질병입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 494
76-2. 종합병원 질병입원비(1일-180일) II 특별약관 497
76-2-1.종합병원 질병입원비(1일-180일) II 특별약관 497
77-1. 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)(통합간편가입형) 특별약관 500
77-1-1.상급종합병원 질병입원비(1일-120일)(통합간편가입형) 특별약관 500

77-2. 상급종합병원 질병입원비(1일-120일) II 특별약관 503
77-2-1.상급종합병원 질병입원비(1일-120일) II 특별약관 503
78. 3대질병 통원비(연간30회한) 특별약관 505
78-1. 3대질병 통원비(연간30회한)(통합간편가입형) 특별약관 505
78-2. 3대질병 통원비(연간30회한) 특별약관 505
79. 3대질병 종합병원 통원비(연간30회한) 특별약관 510
79-1. 3대질병 종합병원 통원비(연간30회한)(통합간편가입형) 특별약관 510
79-2. 3대질병 종합병원 통원비(연간30회한) 특별약관 510
80. 특정NGS유전자패널검사지원비(급여_연간1회한) 특별약관 516
80-1. 특정NGS유전자패널검사지원비(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 516
80-2. 특정NGS유전자패널검사지원비(급여_연간1회한) 특별약관 516
81. 중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상보장 특별약관 519
81-1. 중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상보장(통합간편가입형) 특별약관 519
81-2. 중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상보장 특별약관 519
81-3. 중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상보장(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 519
81-4. 중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상보장(갱신형_20년) 특별약관 519
81-5. 중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상보장(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관 519
81-6. 중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상보장(갱신형_10년) 특별약관 519
82. 질병후유장해(3~100%) 특별약관 524
82-1. 질병후유장해(3~100%)(통합간편가입형) 특별약관 524
82-2. 질병후유장해(3~100%) 특별약관 524
82-3. 질병후유장해(3~100%)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 524
82-4. 질병후유장해(3~100%)(갱신형_20년) 특별약관 524
83-1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비VII(치료별 연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 526
83-1-1.순환계질환(특정질병제외) 주요치료비VII(치료별 연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 526
83-2. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비VII(치료별 연간1회한) 특별약관 531
83-2-1.순환계질환(특정질병제외) 주요치료비VII(치료별 연간1회한) 특별약관 531
84-1. 간병인사용 질병입원비(상급종합병원)(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 536
84-1-1.간병인사용 질병입원비(상급종합병원)(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 536
84-2. 간병인사용 질병입원비 II (상급종합병원)(1일-180일) 특별약관 541
84-2-1.간병인사용 질병입원비 II (상급종합병원)(1일-180일) 특별약관 541
85-1. 질병통합치료비(실속형/기본형/고급형)(통합간편가입형) 특별약관 545
85-1-1.질병통합치료비(실속형/기본형/고급형)(통합간편가입형) 특별약관 545
85-2. 질병통합치료비(실속형/기본형/고급형) 특별약관 554
85-2-1.질병통합치료비(실속형/기본형/고급형) 특별약관 554
86. 표적치매약물허가치료비 II (최경증치매 · 경증알츠하이머치매)(갱신형_20년) 특별약관 563
86-1. 표적치매약물허가치료비 II (최경증치매 · 경증알츠하이머치매)(간편가입)(갱신형_20년) 특별약관 563
86-2. 표적치매약물허가치료비 II (최경증치매 · 경증알츠하이머치매)(갱신형_20년) 특별약관 563
87. 표적치매약물허가치료비(최경증치매 · 경증알츠하이머치매)(치료당,36회한)(갱신형_20년) 특별약관 568
87-1. 표적치매약물허가치료비(최경증치매 · 경증알츠하이머치매)(치료당,36회한)(간편가입)(갱신형_20년) 특별약관 568
87-2. 표적치매약물허가치료비(최경증치매 · 경증알츠하이머치매)(치료당,36회한)(갱신형_20년) 특별약관 568
88. 표적치매약물허가치료 중 MRI 검사지원비(3회한)(갱신형_20년) 특별약관 572
88-1. 표적치매약물허가치료 중 MRI 검사지원비(3회한)(간편가입)(갱신형_20년) 특별약관 572
88-2. 표적치매약물허가치료 중 MRI 검사지원비(3회한)(갱신형_20년) 특별약관 572
89-1. 치매통합치료보장 II (간편가입)(갱신형_20년) 특별약관 577
89-1-1.치매통합치료보장 II (간편가입)(갱신형_20년) 특별약관 577

89-2. 치매통합치료보장 II (갱신형_20년) 특별약관 591
89-2-1.치매통합치료보장 II (갱신형_20년) 특별약관 591
90. 암주요치료비Ⅳ(유사암제외)(치료별) 특별약관 605
90-1. 암주요치료비Ⅳ(유사암제외)(치료별)(통합간편가입형) 특별약관 605
90-2. 암주요치료비Ⅳ(유사암제외)(치료별) 특별약관 605
91. 특정3대심장질환진단비 특별약관 612
91-1. 특정3대심장질환진단비(통합간편가입형) 특별약관 612
91-2. 특정3대심장질환진단비 특별약관 612
92. 혈전용해치료비(급여_연간1회한) 특별약관 613
92-1. 혈전용해치료비(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 613
92-2. 혈전용해치료비(급여_연간1회한) 특별약관 613
93. 암후유장해(3~100%) 특별약관 615
93-1. 암후유장해(3~100%)(통합간편가입형) 특별약관 615
93-2. 암후유장해(3~100%) 특별약관 615
94. 혈전용해치료비(연간1회한) 특별약관 618
94-1. 혈전용해치료비(연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 618
94-2. 혈전용해치료비(연간1회한) 특별약관 618
95. 혈전용해치료비 II (1회한) 특별약관 621
95-1. 혈전용해치료비 II (1회한)(통합간편가입형) 특별약관 621
95-2. 혈전용해치료비 II (1회한) 특별약관 621
96. 혈전용해치료비 II (연간1회한) 특별약관 623
96-1. 혈전용해치료비 II (연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 623
96-2. 혈전용해치료비 II (연간1회한) 특별약관 623
97-1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,한도이연형)(통합간편가입형) 특별약관 626
97-1-1.순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,한도이연형)(통합간편가입형) 특별약관 626
97-2. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,한도이연형) 특별약관 632
97-2-1.순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,한도이연형) 특별약관 632
98-1. 상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,한도이연형)(통합간편가입형) 특별약관 638
98-1-1.상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,한도이연형)(통합간편가입형) 특별약관 638
98-2. 상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,한도이연형) 특별약관 645
98-2-1.상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,한도이연형) 특별약관 645
99. 5대질병진단비(보험금증가형) 특별약관 651
99-1. 5대질병진단비(보험금증가형)(통합간편가입형) 특별약관 651
99-2. 5대질병진단비(보험금증가형) 특별약관 651
100-1.순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅲ(치료별)(통합간편가입형) 특별약관 661
100-1-1.순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅲ(치료별)(통합간편가입형) 특별약관 661
100-2.순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅲ(치료별)특별약관 666
100-2-1.순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅲ(치료별) 특별약관 666
101. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비 II (유사암제외)
(연간1회한,진단후10년) 특별약관 672
101-1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비 II (유사암제외)
(연간1회한,진단후10년)(통합간편가입형) 특별약관 672
101-2. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비 II (유사암제외)
(연간1회한,진단후10년) 특별약관 672
102. 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(감액없음) 특별약관 679
102-1. 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(감액없음)(통합간편가입형) 특별약관 679

102-2. 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(감액없음) 특별약관 679
102-3. 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(감액없음)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 679
102-4. 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(감액없음)(갱신형_20년) 특별약관 679
102-5. 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(감액없음)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관 679
102-6. 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(감액없음)(갱신형_10년) 특별약관 679
103. 중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장 특별약관 684
103-1. 중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장(통합간편가입형) 특별약관 684
103-2. 중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장 특별약관 684
103-3. 중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 684
103-4. 중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장(갱신형_20년) 특별약관 684
103-5. 중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관 684
103-6. 중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장(갱신형_10년) 특별약관 684
104. 신통합암(전이포함)진단비 II (유사암제외) 특별약관 688
104-1. 신통합암(전이포함)진단비 II (유사암제외)(통합간편가입형) 특별약관 688
104-2. 신통합암(전이포함)진단비 II (유사암제외) 특별약관 688
105. 비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비 특별약관 695
105-1. 비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비(통합간편가입형) 특별약관 695
105-2. 비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비 특별약관 695
106. 신통합항암방사선약물치료비 II (유사암제외) 특별약관 701
106-1. 신통합항암방사선약물치료비 II (유사암제외)(통합간편가입형) 특별약관 701
106-2. 신통합항암방사선약물치료비 II (유사암제외) 특별약관 701
107. 암진단비(유사암제외)(5년간매월지급) 특별약관 708
107-1. 암진단비(유사암제외)(5년간매월지급)(통합간편가입형) 특별약관 708
107-2. 암진단비(유사암제외)(5년간매월지급) 특별약관 708
108. 암진단정기검진비(10년)(6개월지급형) 특별약관 711
108-1. 암진단정기검진비(10년)(6개월지급형)(통합간편가입형) 특별약관 711
108-2. 암진단정기검진비(10년)(6개월지급형) 특별약관 711
109. 전이암진단비 특별약관 713
109-1. 전이암진단비(통합간편가입형) 특별약관 713
109-2. 전이암진단비 특별약관 713
110. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비 II (유사암)(치료별 연간1회한) 특별약관 716
110-1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비 II (유사암)(치료별 연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 716
110-2. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비 II (유사암)(치료별 연간1회한) 특별약관 716
111. 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관 721
111-1. 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관 721
111-2. 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관 721
112. 통합 뇌질병진단비 II 특별약관 726
112-1. 통합 뇌질병진단비 II (통합간편가입형) 특별약관 726
112-2. 통합 뇌질병진단비 II 특별약관 726
113. 통합 심장질병진단비 II 특별약관 728
113-1. 통합 심장질병진단비 II (통합간편가입형) 특별약관 728
113-2. 통합 심장질병진단비 II 특별약관 728

114. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료(유사암제외) 생활비 (연간주요치료 2회및3회이상) 특별약관 730
114-1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료(유사암제외) 생활비 (연간주요치료 2회및3회이상)(통합간편가입형) 특별약관 730
114-2. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료(유사암제외) 생활비 (연간주요치료 2회및3회이상) 특별약관 730
115. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료(유사암) 생활비 (연간주요치료 2회및3회이상) 특별약관 738
115-1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료(유사암) 생활비 (연간주요치료 2회및3회이상)(통합간편가입형) 특별약관 738
115-2. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료(유사암) 생활비 (연간주요치료 2회및3회이상) 특별약관 738
116. 보험료납입지원보장 II (유사암진단) 특별약관 745
116-1. 보험료납입지원보장 II (유사암진단)(통합간편가입형) 특별약관 745
116-2. 보험료납입지원보장 II (유사암진단) 특별약관 745
117-1.질병1~5종수술비Ⅳ(통합간편가입형) 특별약관 748
117-1-1.질병1~5종수술비Ⅳ(통합간편가입형) 특별약관 748
117-2.질병1~5종수술비Ⅳ(1년미만50%감액지급) 특별약관 751
117-2-1.질병1~5종수술비Ⅳ(1년미만50%감액지급) 특별약관 751
118-1.간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 754
118-1-1.간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 754
118-1-2.간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)(통합간편가입형) (갱신형_20년) 특별약관 754
118-2.간병인사용 질병입원비 II (요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일) 특별약관 760
118-2-1.간병인사용 질병입원비 II (요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일) 특별약관 760
118-2-2.간병인사용 질병입원비 II (요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관 760
119-1.간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 765
119-1-1.간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 765
119-1-2.간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-180일)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 765
119-2.간병인사용 질병입원비 II (요양병원)(1일-180일) 특별약관 770
119-2-1.간병인사용 질병입원비 II (요양병원)(1일-180일) 특별약관 770
119-2-2.간병인사용 질병입원비 II (요양병원)(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관 770
120-1.간호 · 간병통합서비스사용 질병입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 774
120-1-1.간호 · 간병통합서비스사용 질병입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 774
120-1-2.간호 · 간병통합서비스사용 질병입원비(1일-180일)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 774
120-2.간호 · 간병통합서비스사용 질병입원비 II (1일-180일) 특별약관 777
120-2-1.간호 · 간병통합서비스사용 질병입원비 II (1일-180일) 특별약관 777
120-2-2.간호 · 간병통합서비스사용 질병입원비 II (1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관 777
121-1.질병재활치료비(급여_연간20회한)(통합간편가입형) 특별약관 780
121-1-1.질병재활치료비(급여_연간20회한)(통합간편가입형) 특별약관 780
121-2.질병재활치료비 II (급여_연간20회한) 특별약관 782
121-2-1.질병재활치료비 II (급여_연간20회한) 특별약관 782
122. 심부 바늘생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한) 특별약관 784
122-1. 심부 바늘생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 784

122-2. 심부 바늘생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한) 특별약관 784
123. 자궁 생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한) 특별약관 786
123-1. 자궁 생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 786
123-2. 자궁 생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한) 특별약관 786
124-1.종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)(통합간편가입형) 특별약관 788
124-1-1.종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)(통합간편가입형) 특별약관 788
124-2.종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일) II 특별약관 791
124-2-1.종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일) II 특별약관 791
125-1.상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)(통합간편가입형) 특별약관 794
125-1-1.상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)(통합간편가입형) 특별약관 794
125-2.상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일) II 특별약관 798
125-2-1.상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일) II 특별약관 798
126. 갑상선 바늘생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한) 특별약관 801
126-1. 갑상선 바늘생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 801
126-2. 갑상선 바늘생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한) 특별약관 801
127. 유방 바늘생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한) 특별약관 803
127-1. 유방 바늘생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 803
127-2. 유방 바늘생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한) 특별약관 803
128. 전립선 바늘생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한) 특별약관 805
128-1. 전립선 바늘생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 805
128-2. 전립선 바늘생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한) 특별약관 805
129. 암진단(유사암제외)정기검진비(10년)(6개월지급형) 특별약관 807
129-1. 암진단(유사암제외)정기검진비(10년)(6개월지급형)(통합간편가입형) 특별약관 807
129-2. 암진단(유사암제외)정기검진비(10년)(6개월지급형) 특별약관 807
130. 신통합암(원발후전이포함)진단비 II (유사암제외) 특별약관 810
130-1. 신통합암(원발후전이포함)진단비 II (유사암제외)(통합간편가입형) 특별약관 810
130-2. 신통합암(원발후전이포함)진단비 II (유사암제외) 특별약관 810
131-1.순환계질환(특정질병제외) 진단 및 치료비(통합간편가입형) 특별약관 817
131-1-1.순환계질환(특정질병제외) 진단 및 치료비(통합간편가입형) 특별약관 817
131-2.순환계질환(특정질병제외) 진단 및 치료비 특별약관 823
131-2-1.순환계질환(특정질병제외) 진단 및 치료비 특별약관 823
132. 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한,진단후10년) 특별약관 828
132-1. 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)(통합간편가입형) 특별약관 828
132-2. 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한,진단후10년) 특별약관 828
133. 암주요치료비(유사암)(연간1회한,진단후10년) 특별약관 834
133-1. 암주요치료비(유사암)(연간1회한,진단후10년)(통합간편가입형) 특별약관 834
133-2. 암주요치료비(유사암)(연간1회한,진단후10년) 특별약관 834
134. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비 II (유사암)
(연간1회한,진단후10년) 특별약관 839
134-1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비 II (유사암)
(연간1회한,진단후10년)(통합간편가입형) 특별약관 839
134-2. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비 II (유사암)
(연간1회한,진단후10년) 특별약관 839
135-1. 종합병원 질병수술비(통합간편가입형) 특별약관 845
135-1-1.종합병원 질병수술비(통합간편가입형) 특별약관 845
135-2.종합병원 질병수술비 II 특별약관 847

135-2-1.종합병원 질병수술비 II 특별약관 847
136-1.상급종합병원 질병수술비(통합간편가입형) 특별약관 850
136-1-1.상급종합병원 질병수술비(통합간편가입형) 특별약관 850
136-2.상급종합병원 질병수술비 II 특별약관 852
136-2-1.상급종합병원 질병수술비 II 특별약관 852
137. 전신마취암수술비 특별약관 855
137-1. 전신마취암수술비(통합간편가입형) 특별약관 855
137-2. 전신마취암수술비 특별약관 855
138-1.질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(181일이상)(통합간편가입형) 특별약관 860
138-1-1.질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(181일이상)(통합간편가입형) 특별약관 860
138-2.질병입원비 II (요양,정신,한방병원제외)(181일이상) 특별약관 862
138-2-1.질병입원비 II (요양,정신,한방병원제외)(181일이상) 특별약관 862
139. 암진단 및 치료비(실속형/고급형) 특별약관 865
139-1. 암진단 및 치료비(실속형/고급형)(통합간편가입형) 특별약관 865
139-2. 암진단 및 치료비(실속형/고급형) 특별약관 865
140-1.순환계질환(특정질병제외) 주요치료비 V (치료별)(통합간편가입형) 특별약관 872
140-1-1.순환계질환(특정질병제외) 주요치료비 V (치료별)(통합간편가입형) 특별약관 872
140-2.순환계질환(특정질병제외) 주요치료비 V (치료별) 특별약관 878
140-2-1.순환계질환(특정질병제외) 주요치료비 V (치료별) 특별약관 878
141-1.간병인사용 질병입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상)
(통합간편가입형) 특별약관 884
141-1-1.간병인사용 질병입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상)
(통합간편가입형) 특별약관 884
141-1-2.간병인사용 질병입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상)(통합간편가입형)
(갱신형_20년) 특별약관 884
141-2.간병인사용 질병입원지원비 II (요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상) 특별약관 890
141-2-1.간병인사용 질병입원지원비 II (요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상) 특별약관 890
141-2-2.간병인사용 질병입원지원비 II (요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상)
(갱신형_20년) 특별약관 890
142-1.간병인사용 질병입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상)(통합간편가입형) 특별약관 896
142-1-1.간병인사용 질병입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상)(통합간편가입형) 특별약관 896
142-1-2.간병인사용 질병입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상)(통합간편가입형)
(갱신형_20년) 특별약관 896
142-2.간병인사용 질병입원지원비 II (요양병원)(간병인비용연간200만원이상) 특별약관 902
142-2-1.간병인사용 질병입원지원비 II (요양병원)(간병인비용연간200만원이상) 특별약관 902
142-2-2.간병인사용 질병입원지원비 II (요양병원)(간병인비용연간200만원이상)(갱신형_20년) 특별약관 902
143-1.종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)(통합간편가입형) 특별약관 908
143-1-1.종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)(통합간편가입형) 특별약관 908
143-2.종합병원 2~3인실 질병입원비 II (1일-30일) 특별약관 911
143-2-1.종합병원 2~3인실 질병입원비 II (1일-30일) 특별약관 911
144-1.상급종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)(통합간편가입형) 특별약관 914
144-1-1.상급종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)(통합간편가입형) 특별약관 914
144-2.상급종합병원 2~3인실 질병입원비 II (1일-30일) 특별약관 917
144-2-1.상급종합병원 2~3인실 질병입원비 II (1일-30일) 특별약관 917
145. 전신마취암수술비(6시간이상)(단독가입용) 특별약관 920
145-1. 전신마취암수술비(6시간이상)(단독가입용)(통합간편가입형) 특별약관 920

145-2. 전신마취암수술비(6시간이상)(단독가입용) 특별약관 920
146. 2대질병주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관 924
146-1. 2대질병주요치료비(연간1회한,진단후10년)(통합간편가입형) 특별약관 924
146-2. 2대질병주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관 924
147-1.질병수술비(특정6대질병 II 제외)(통합간편가입형) 특별약관 929
147-1-1.질병수술비(특정6대질병 II 제외)(통합간편가입형) 특별약관 929
147-2.질병수술비(특정6대질병 II 제외) II 특별약관 932
147-2-1.질병수술비(특정6대질병 II 제외) II 특별약관 932
148-1.2대질병주요치료비(치료별 연간1회한)(감액없음)(10년후10배보장)(통합간편가입형) 특별약관 934
148-1-1.2대질병주요치료비(치료별 연간1회한)(감액없음)(10년후10배보장)(통합간편가입형) 특별약관 934
148-2.2대질병주요치료비(치료별 연간1회한)(감액없음)(10년후10배보장) 특별약관 940
148-2-1.2대질병주요치료비(치료별 연간1회한)(감액없음)(10년후10배보장) 특별약관 940
149-1.플래티넘 건강 리셋월렛(3대질병고액치료,간병및상급병실입원)(통합간편가입형) (갱신형_20년) 특별약관 945
149-1-1.플래티넘 건강 리셋월렛(3대질병고액치료,간병및상급병실입원)(통합간편가입형) (갱신형_20년) 특별약관 945
149-2.플래티넘 건강 리셋월렛(3대질병고액치료,간병및상급병실입원)(갱신형_20년) 특별약관 963
149-2-1.플래티넘 건강 리셋월렛(3대질병고액치료,간병및상급병실입원)(갱신형_20년) 특별약관 963
150-1.플래티넘 건강 리셋월렛 II (3대질병고액및중환자실치료,특정질병수술및동반입원) (통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 980
150-1-1.플래티넘 건강 리셋월렛 II (3대질병고액및중환자실치료,특정질병수술및동반입원) (통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 980
150-2.플래티넘 건강 리셋월렛 II (3대질병고액및중환자실치료,특정질병수술및동반입원) (갱신형_20년) 특별약관 1000
150-2-1.플래티넘 건강 리셋월렛 II (3대질병고액및중환자실치료,특정질병수술및동반입원) (갱신형_20년) 특별약관 1000
151. 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함)(치료별) 특별약관 1019
151-1. 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함)(치료별)(통합간편가입형) 특별약관 1019
151-2. 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함)(치료별) 특별약관 1019
152. 암진단비(유사암제외)(5회지급형) 특별약관 1025
152-1. 암진단비(유사암제외)(5회지급형)(통합간편가입형) 특별약관 1025
152-2. 암진단비(유사암제외)(5회지급형) 특별약관 1025
152-3. 암진단비(유사암제외)(5회지급형)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 1025
152-4. 암진단비(유사암제외)(5회지급형)(갱신형_20년) 특별약관 1025
153-1.질병수술비 II (통합간편가입형) 특별약관 1031
153-1-1.질병수술비 II (통합간편가입형) 특별약관 1031
153-2.질병수술비 II 특별약관 1033
153-2-1.질병수술비 II 특별약관 1033
154. 암주요치료(유사암제외) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상) 특별약관 1036
154-1. 암주요치료(유사암제외) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상)(통합간편가입형) 특별약관 1036
154-2. 암주요치료(유사암제외) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상) 특별약관 1036
155. 암주요치료(유사암) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상) 특별약관 1042
155-1. 암주요치료(유사암) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상)(통합간편가입형) 특별약관 1042
155-2. 암주요치료(유사암) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상) 특별약관 1042
156-1.순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비 II (연간주요치료 2회및3회이상)(통합간편가입형) 특별약관 1048

156-1-1.순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비 II (연간주요치료 2회및3회이상)(통합간편가입형) 특별약관 · 1048
156-2.순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비 II (연간주요치료 2회및3회이상) 특별약관 · 1053
156-2-1.순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비 II (연간주요치료 2회및3회이상) 특별약관 · 1053
157-1.질병수술비(특정8대질병제외)(통합간편가입형) 특별약관 · 1059
157-1-1.질병수술비(특정8대질병제외)(통합간편가입형) 특별약관 · 1059
157-2.질병수술비(특정8대질병제외) II 특별약관 · 1062
157-2-1.질병수술비(특정8대질병제외) II 특별약관 · 1062
158-1.상급종합병원 질병수술비(특정6대질병 II 제외)(통합간편가입형) 특별약관 · 1064
158-1-1.상급종합병원 질병수술비(특정6대질병 II 제외)(통합간편가입형) 특별약관 · 1064
158-2.상급종합병원 질병수술비(특정6대질병 II 제외) II 특별약관 · 1067
158-2-1.상급종합병원 질병수술비(특정6대질병 II 제외) II 특별약관 · 1067
159. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비(유사암제외)
(연간1회한,진단후10년) 특별약관 · 1070
159-1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)
(통합간편가입형) 특별약관 · 1070
159-2. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한,진단훈10년)
특별약관 · 1070
160. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비(유사암)(연간1회한,진단후10년)
특별약관 · 1076
160-1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비(유사암)(연간1회한,진단후10년)
(통합간편가입형) 특별약관 · 1076
160-2. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비(유사암)(연간1회한,진단후10년)
특별약관 · 1076
161. 암주요치료비 IV (유사암)(치료별) 특별약관 · 1082
161-1. 암주요치료비 IV (유사암)(치료별)(통합간편가입형) 특별약관 · 1082
161-2. 암주요치료비 IV (유사암)(치료별) 특별약관 · 1082
162. 암주요치료비 II (유사암제외)(연간1회한,진단후10년) 특별약관 · 1087
162-1. 암주요치료비 II (유사암제외)(연간1회한,진단후10년)(통합간편가입형) 특별약관 · 1087
162-2. 암주요치료비 II (유사암제외)(연간1회한,진단후10년) 특별약관 · 1087
163. 순환계질환(특정질병 및 2대질병제외) 주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관 · 1094
163-1. 순환계질환(특정질병 및 2대질병제외) 주요치료비(연간1회한,진단후10년)(통합간편가입형) 특별약관 · 1094
163-2. 순환계질환(특정질병 및 2대질병제외) 주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관 · 1094
164. 암주요치료비 II (유사암)(연간1회한,진단후10년) 특별약관 · 1099
164-1. 암주요치료비 II (유사암)(연간1회한,진단후10년)(통합간편가입형) 특별약관 · 1099
164-2. 암주요치료비 II (유사암)(연간1회한,진단후10년) 특별약관 · 1099
165. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관 · 1104
165-1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,진단후10년)(통합간편가입형) 특별약관 · 1104
165-2. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관 · 1104
166-1.순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 · 1109
166-1-1.순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 · 1109
166-2.순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한) 특별약관 · 1113
166-2-1.순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한) 특별약관 · 1113
167. 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한,진단후10년) 특별약관 · 1118
167-1. 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한,진단후10년)(통합간편가입형) 특별약관 · 1118
167-2. 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한,진단후10년) 특별약관 · 1118
168-1.순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한)(감액없음)(10년후10배보장)
(통합간편가입형) 특별약관 · 1124

168-1-1.순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한)(감액없음)(10년후10배보장)
(통합간편가입형) 특별약관 1124
168-2.순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한)(감액없음)(10년후10배보장) 특별약관 1127
168-2-1.순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한)(감액없음)(10년후10배보장) 특별약관 1127
169. 비급여 항암약물치료비(전액본인부담포함,연간1회한,진단후10년) 특별약관 1130
169-1. 비급여 항암약물치료비(전액본인부담포함,연간1회한,진단후10년)(통합간편가입형) 특별약관 1130
169-2. 비급여 항암약물치료비(전액본인부담포함,연간1회한,진단후10년) 특별약관 1130
170. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅳ(유사암제외)(치료별) 특별약관 1135
170-1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅳ(유사암제외)(치료별)
(통합간편가입형) 특별약관 1135
170-2. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅳ(유사암제외)(치료별) 특별약관 1135
171. 항암중입자방사선치료비 특별약관 1143
171-1. 항암중입자방사선치료비(통합간편가입형) 특별약관 1143
171-2. 항암중입자방사선치료비 특별약관 1143
171-3. 항암중입자방사선치료비(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관 1143
171-4. 항암중입자방사선치료비(갱신형_10년) 특별약관 1143
172. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅳ(유사암)(치료별) 특별약관 1146
172-1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅳ(유사암)(치료별)
(통합간편가입형) 특별약관 1146
172-2. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅳ(유사암)(치료별) 특별약관 1146
173. 항암방사선치료비 특별약관 1153
173-1. 항암방사선치료비(통합간편가입형) 특별약관 1153
173-2. 항암방사선치료비 특별약관 1153
174. 혈전제거치료비(급여_연간1회한) 특별약관 1156
174-1. 혈전제거치료비(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 1156
174-2. 혈전제거치료비(급여_연간1회한) 특별약관 1156
175. 항암약물치료비 특별약관 1159
175-1. 항암약물치료비(통합간편가입형) 특별약관 1159
175-2. 항암약물치료비 특별약관 1159
176-1.2대질병주요치료비(치료별 연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 1162
176-1-1.2대질병주요치료비(치료별 연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 1162
176-2.2대질병주요치료비(치료별 연간1회한) 특별약관 1168
176-2-1.2대질병주요치료비(치료별 연간1회한) 특별약관 1168
177-1.간병인사용 질병입원비(종합병원)(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 1175
177-1-1.간병인사용 질병입원비(종합병원)(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 1175
177-2.간병인사용 질병입원비Ⅱ(종합병원)(1일-180일)특별약관 1179
177-2-1.간병인사용 질병입원비Ⅱ(종합병원)(1일-180일) 특별약관 1179
178-1.상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비Ⅱ(연간주요치료 2회및3회이상)
(통합간편가입형) 특별약관 1184
178-1-1.상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비Ⅱ(연간주요치료 2회및3회이상)
(통합간편가입형) 특별약관 1184
178-2.상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비Ⅱ(연간주요치료 2회및3회이상) 특별약관 1189
178-2-1.상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비Ⅱ(연간주요치료 2회및3회이상) 특별약관 1189
179-1.상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅲ(치료별)(통합간편가입형) 특별약관 1195
179-1-1.상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅲ(치료별)(통합간편가입형) 특별약관 1195
179-2.상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅲ(치료별) 특별약관 1201

179-2-1. 상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비 III (치료별) 특별약관 1201
180. 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한) 특별약관 1207
180-1. 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 1207
180-2. 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한) 특별약관 1207
181. 암주요치료비 II (유사암제외)(치료별 연간1회한) 특별약관 1213
181-1. 암주요치료비 II (유사암제외)(치료별 연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 1213
181-2. 암주요치료비 II (유사암제외)(치료별 연간1회한) 특별약관 1213
182. 암주요치료비 II (유사암)(치료별 연간1회한) 특별약관 1220
182-1. 암주요치료비 II (유사암)(치료별 연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 1220
182-2. 암주요치료비 II (유사암)(치료별 연간1회한) 특별약관 1220
183. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비 II (유사암제외)(치료별 연간1회한) 특별약관 1226
183-1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비 II (유사암제외)(치료별 연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 1226
183-2. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비 II (유사암제외)(치료별 연간1회한) 특별약관 1226
184. 암주요치료비 V (유사암제외)(연간1회한,한도이연형) 특별약관 1232
184-1. 암주요치료비 V (유사암제외)(연간1회한,한도이연형)(통합간편가입형) 특별약관 1232
184-2. 암주요치료비 V (유사암제외)(연간1회한,한도이연형) 특별약관 1232
185. 암주요치료비 V (유사암)(연간1회한,한도이연형) 특별약관 1240
185-1. 암주요치료비 V (유사암)(연간1회한,한도이연형)(통합간편가입형) 특별약관 1240
185-2. 암주요치료비 V (유사암)(연간1회한,한도이연형) 특별약관 1240
186. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비 V (유사암제외)(연간1회한,한도이연형) 특별약관 1246
186-1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비 V (유사암제외)(연간1회한,한도이연형)(통합간편가입형) 특별약관 1246
186-2. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비 V (유사암제외)(연간1회한,한도이연형) 특별약관 1246
187. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비 V (유사암)(연간1회한,한도이연형) 특별약관 1254
187-1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비 V (유사암)(연간1회한,한도이연형)(통합간편가입형) 특별약관 1254
187-2. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비 V (유사암)(연간1회한,한도이연형) 특별약관 1254
188. 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한,한도이연형) 특별약관 1261
188-1. 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한,한도이연형)(통합간편가입형) 특별약관 1261
188-2. 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한,한도이연형) 특별약관 1261
189. 암주요치료비 VI (유사암제외)(연간1회한,한도이연형) 특별약관 1268
189-1. 암주요치료비 VI (유사암제외)(연간1회한,한도이연형)(통합간편가입형) 특별약관 1268
189-2. 암주요치료비 VI (유사암제외)(연간1회한,한도이연형) 특별약관 1268
190. 암주요치료비 VI (유사암)(연간1회한,한도이연형) 특별약관 1276
190-1. 암주요치료비 VI (유사암)(연간1회한,한도이연형)(통합간편가입형) 특별약관 1276
190-2. 암주요치료비 VI (유사암)(연간1회한,한도이연형) 특별약관 1276
191. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비 VI (유사암제외)(연간1회한,한도이연형) 특별약관 1283
191-1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비 VI (유사암제외)(연간1회한,한도이연형)(통합간편가입형) 특별약관 1283
191-2. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비 VI (유사암제외)(연간1회한,한도이연형) 특별약관 1283

192. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비VI(유사암)(연간1회한,한도이연형) 특별약관 1291
192-1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비VI(유사암)(연간1회한,한도이연형)(통합간편가입형) 특별약관 1291
192-2. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비VI(유사암)(연간1회한,한도이연형) 특별약관 1291
193. 보험료 페이백(유사암진단) 특별약관 1298
193-1. 보험료 페이백(유사암진단)(통합간편가입형) 특별약관 1298
193-2. 보험료 페이백(유사암진단) 특별약관 1298
194. 열번보장받는 통합진단비III(기본형/고급형)(갱신형_20년) 특별약관 1300
194-1. 열번보장받는 통합진단비III(기본형/고급형)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 1300
194-2. 열번보장받는 통합진단비III(기본형/고급형)(갱신형_20년) 특별약관 1300

제3장. 상해 및 질병관련 특별약관 1315

1. 보험료납입면제대상보장(3대질병진단 및 상해질병후유장해80%이상) 특별약관 1315
1-1. 보험료납입면제대상보장(3대질병진단 및 상해질병후유장해80%이상)(통합간편가입형) 특별약관 1315
1-2. 보험료납입면제대상보장(3대질병진단 및 상해질병후유장해80%이상) 특별약관 1315
2. 깁스치료비 특별약관 1319
2-1. 깁스치료비 특별약관 1319
3. 응급실내원비(응급) 특별약관 1320
3-1. 응급실내원비(응급) 특별약관 1320
4. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장 II (연간1회한) 특별약관 1321
4-1. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장 II (연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 1321
4-2. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장 II (연간1회한) 특별약관 1321
4-3. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장 II (연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 1321
4-4. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장 II (연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관 1321
4-5. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장 II (연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관 1321
4-6. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장 II (연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관 1321
5. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장 II (연간1회한) 특별약관 1324
5-1. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장 II (연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 1324
5-2. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장 II (연간1회한) 특별약관 1324
5-3. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장 II (연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 1324
5-4. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장 II (연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관 1324
5-5. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장 II (연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관 1324
5-6. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장 II (연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관 1324
6-1. 플래티넘 건강 리셋월렛(3대질병고액치료,간병및상급병실입원,상해사망)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 1327
6-1-1. 플래티넘 건강 리셋월렛(3대질병고액치료,간병및상급병실입원,상해사망)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 1327
6-2. 플래티넘 건강 리셋월렛(3대질병고액치료,간병및상급병실입원,상해사망)(갱신형_20년) 특별약관 1347
6-2-1. 플래티넘 건강 리셋월렛(3대질병고액치료,간병및상급병실입원,상해사망)(갱신형_20년) 특별약관 1347
7-1. 플래티넘 건강 리셋월렛 II (3대질병고액및중환자실치료,특정질병수술및동반입원,상해사망)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 1368
7-1-1. 플래티넘 건강 리셋월렛 II (3대질병고액및중환자실치료,특정질병수술및동반입원,상해사망)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 1368
7-2. 플래티넘 건강 리셋월렛 II (3대질병고액및중환자실치료,특정질병수술및동반입원,상해사망)(갱신형_20년) 특별약관 1390
7-2-1. 플래티넘 건강 리셋월렛 II (3대질병고액및중환자실치료,특정질병수술및동반입원,상해사망)(갱신형_20년) 특별약관 1390

8-1. 가정간호치료비(급여_연간20회한)(통합간편가입형) 특별약관 1411
8-1-1. 가정간호치료비(급여_연간20회한)(통합간편가입형) 특별약관 1411
8-2. 가정간호치료비(급여_연간20회한) 특별약관 1413
8-2-1. 가정간호치료비(급여_연간20회한) 특별약관 1413
9-1. 상급종합병원 가정간호치료비(급여_연간20회한)(통합간편가입형) 특별약관 1415
9-1-1. 상급종합병원 가정간호치료비(급여_연간20회한)(통합간편가입형) 특별약관 1415
9-2. 상급종합병원 가정간호치료비(급여_연간20회한) 특별약관 1417
9-2-1. 상급종합병원 가정간호치료비(급여_연간20회한) 특별약관 1417
10-1. 근골격계 통합치료비(통합간편가입형) 특별약관 1419
10-1-1.근골격계 통합치료비(통합간편가입형) 특별약관 1419
10-2. 근골격계 통합치료비 특별약관 1428
10-2-1.근골격계 통합치료비 특별약관 1428
11-1. 간병인사용 상해질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(연간180일한도)(통합간편가입형) 특별약관 1436
11-1-1.간병인사용 상해질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(연간180일한도)(통합간편가입형) 특별약관 1436
11-1-2.간병인사용 상해질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(연간180일한도)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 1436
11-2. 간병인사용 상해질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(연간180일한도) 특별약관 1440
11-2-1.간병인사용 상해질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(연간180일한도) 특별약관 1440
11-2-2.간병인사용 상해질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(연간180일한도)(갱신형_20년) 특별약관 1440
12-1. 간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간180일한도)(통합간편가입형) 특별약관 1444
12-1-1.간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간180일한도)(통합간편가입형) 특별약관 1444
12-1-2.간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간180일한도)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 1444
12-2. 간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간180일한도) 특별약관 1447
12-2-1.간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간180일한도) 특별약관 1447
12-2-2.간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간180일한도)(갱신형_20년) 특별약관 1447
13-1. 간병인사용 상해질병입원비(종합병원)(연간180일한도)(통합간편가입형) 특별약관 1450
13-1-1.간병인사용 상해질병입원비(종합병원)(연간180일한도)(통합간편가입형) 특별약관 1450
13-2. 간병인사용 상해질병입원비(종합병원)(연간180일한도) 특별약관 1455
13-2-1.간병인사용 상해질병입원비(종합병원)(연간180일한도) 특별약관 1455
14-1. 간병인사용 상해질병입원비(상급종합병원)(연간180일한도)(통합간편가입형) 특별약관 1459
14-1-1.간병인사용 상해질병입원비(상급종합병원)(연간180일한도)(통합간편가입형) 특별약관 1459
14-2. 간병인사용 상해질병입원비(상급종합병원)(연간180일한도) 특별약관 1463
14-2-1.간병인사용 상해질병입원비(상급종합병원)(연간180일한도) 특별약관 1463
15-1. 간호 · 간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양병원제외)(연간180일한도)(통합간편가입형) 특별약관 1467
15-1-1.간호 · 간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양병원제외)(연간180일한도)(통합간편가입형) 특별약관 1467
15-1-2.간호 · 간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양병원제외)(연간180일한도)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 1467
15-2. 간호 · 간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양병원제외)(연간180일한도) 특별약관 1470
15-2-1.간호 · 간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양병원제외)(연간180일한도) 특별약관 1470
15-2-2.간호 · 간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양병원제외)(연간180일한도)(갱신형_20년) 특별약관 1470
16-1. 간병인사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(1일당8시간이상)(연간181일이상)(통합간편가입형) 특별약관 1473
16-1-1.간병인사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(1일당8시간이상)(연간181일이상)(통합간편가입형) 특별약관 1473
16-2. 간병인사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(1일당8시간이상)(연간181일이상) 특별약관 1477
16-2-1.간병인사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(1일당8시간이상)(연간181일이상) 특별약관 1477

17-1. 간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간181일이상)(통합간편가입형) 특별약관 1481
17-1-1.간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간181일이상)(통합간편가입형) 특별약관 1481
17-2. 간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간181일이상) 특별약관 1484
17-2-1.간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간181일이상) 특별약관 1484
18-1. 간호 · 간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(연간181일이상)(통합간편가입형) 특별약관 1487
18-1-1.간호 · 간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(연간181일이상)(통합간편가입형) 특별약관 1487
18-2. 간호 · 간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(연간181일이상) 특별약관 1491
18-2-1.간호 · 간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(연간181일이상) 특별약관 1491

제4장. 배상책임관련 특별약관 1495

0. 배상책임관련 공통약관 1495
1. 가족일상생활중배상책임Ⅳ 특별약관 1501
1-1. 가족일상생활중배상책임Ⅳ(갱신형_3년) 특별약관 1501

제5장. 비용손해관련 특별약관 1505

1. 원격지암직접치료통원 임시거주비(1일당10만원한도) 특별약관 1505
1-1. 원격지암직접치료통원 임시거주비(1일당10만원한도)(통합간편가입형) 특별약관 1505
1-2. 원격지암직접치료통원 임시거주비(1일당10만원한도) 특별약관 1505

제6장. 제도성 특별약관 1510

1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관 1510
2. 특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수 특별약관 1515
3. 선지급서비스 특별약관 1517
4. 보험료 자동납입 특별약관 1519
5. 이륜자동차 운전중(탑승포함)상해 부담보 특별약관 1519
6. 보험금대리청구인 지정서비스 특별약관 1520
7. 보장보험료 납입면제 특별약관 1523
8. 장애인전용보험 전환 특별약관 1527
9. 전자서명 특별약관 1529
10. 가입 후 무사고 고객 계약전환 특별약관 1530

별 표

【별표1】장해 분류표 1534
【별표2】기타관계법령 1554
【별표3】보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 1582
【별표4】뇌 · 내장손상 분류표 1583
【별표5】가정간호치료(급여) 분류표 1585
【별표6】1-5종 수술분류표Ⅲ 1586
【별표7】골절(치아파절 제외) 분류표 1591
【별표8-1】골절(치아파절제외) 분류표Ⅱ 1592
【별표8-2】골절 등급분류기준표 1593
【별표9】골절 분류표 1594
【별표10-1】골절 분류표Ⅲ 1595
【별표10-2】골절 등급분류기준표Ⅱ 1596

【별표11】화상 분류표 1597
【별표12】5대골절분류표 1598
【별표13-1】악성신생물(암) 분류표 1599
【별표13-2】제자리신생물 분류표 1600
【별표13-3】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 1601
【별표14】11대특정암 분류표 1602
【별표15】뇌출혈 분류표 1604
【별표16】급성심근경색증 분류표 1605
【별표17】뇌졸중 분류표 1606
【별표18】허혈성심질환 분류표 1607
【별표19】뇌혈관질환 분류표 1608
【별표20-1】신19대특정질병 분류표 1609
【별표20-2】19대특정질병Ⅱ 분류표 1611
【별표20-3】22대특정질병Ⅲ 분류표 1614
【별표20-4】6대특정질병 분류표 1618
【별표21】5대기관질병 분류표 1620
【별표22】대상포진 분류표 1621
【별표23】대상포진눈병 분류표 1622
【별표24】통풍 분류표 1623
【별표25】응급증상 및 이에 준하는 증상 1624
【별표26】뇌 · 수막의 양성신생물 분류표 1625
【별표27-1】특정신체부위 분류표 1626
【별표27-2】특정질병 분류표 1628
【별표28-1】신화상분류표 1629
【별표28-2】신화상 등급분류기준표 1630
【별표29-1】항암방사선치료(급여) 분류표 1631
【별표29-2】항암약물(급여) 분류표 1633
【별표30】갑상선의 악성신생물(암) 분류표 1634
【별표31】아나필락시스 분류표 1635
【별표32】백내장 분류표 1636
【별표33-1】신28대특정질병 분류표 1637
【별표33-2】39대특정질병 분류표 1640
【별표33-3】31대특정질병 분류표 1644
【별표33-4】11대특정질병 분류표 1649
【별표33-5】갑상선암 분류표 1652
【별표33-6】4대특정질병Ⅳ 분류표 1653
【별표33-7】다빈도4대질병Ⅱ 분류표 1654
【별표33-8】24대특정질병 분류표 1655
【별표34】1~5종 수술분류표Ⅳ 1657
【별표35】특정심혈관질환(기타심장부정맥제외) 분류표 1663
【별표36】특정심혈관질환(기타심장부정맥) 분류표 1663
【별표37】특정순환계질환 분류표 1664
【별표38】급여 심장부정맥 고주파 · 냉각 절제술 분류표 1665
【별표39】주요심장염증질환 분류표 1666
【별표40-1】특정부인과질환 분류표 1667
【별표40-2】고강도초음파집속술(HIFU) 분류표 1668

【별표41-1】특정자궁및난소질환 분류표 1669
【별표41-2】특정전립선,방광및기타질환 분류표 1670
【별표41-3】특정내분비선및소화계질환 분류표 1671
【별표42】다빈치로봇 암수술 분류표 1672
【별표43】스텐트삽입술(급여) 분류표 1673
【별표44】체외충격파쇄석술(급여) 분류표 1675
【별표45-1】8대기관 양성신생물 분류표 1676
【별표45-2】8대기관 양성신생물(용종포함) 수술(급여) 분류표 1677
【별표46-1】요실금 분류표 1679
【별표46-2】요실금수술(급여) 분류표 1680
【별표47】1~8종 수술 및 시술 분류표 1681
【별표48】요로결석 분류표 1701
【별표49】간경변증 분류표 1702
【별표50】크론병 및 궤양성대장염 분류표 1703
【별표51】로봇 수술 분류표 1704
【별표52】특정패혈증 분류표 1705
【별표53】급성신우신염 분류표 1706
【별표54-1】카티(CAR-T) 보장 대상 암 분류표 1707
【별표54-2】카티치료제 해당 의약품명 및 성분명 분류표 1708
【별표55】중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상 분류표 1709
【별표55-1】본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병 1710
【별표55-2】본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술 1711
【별표56】중증질환자(심장) 산정특례대상 분류표 1712
【별표56-1】본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병 1713
【별표56-2】본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술 1714
【별표56-3】본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분 1717
【별표57】급여 창상봉합술 분류표 1718
【별표58】급여 안면부창상봉합술(3cm이상 또는 근육에 달하는 것) 분류표 1720
【별표59】급여 특정NGS유전자패널검사 분류표 1722
【별표60-1】중증질환자(암) 산정특례 대상질환 분류표 1723
【별표60-2】중증질환자(암) 산정특례대상 분류표 1724
【별표61】상급종합병원 가정간호치료(급여) 분류표 1725
【별표62】특정3대심장질환 분류표 1726
【별표63】혈전용해치료(급여) 분류표 1727
【별표64】특정허혈성심질환 분류표 1728
【별표65】특정소액암 분류표 1729
【별표66】신통합암(전이포함) II (유사암제외) 분류표 1730
【별표67】신통합암(원발후전이포함) II (유사암제외)(원발후전이) 분류표 1732
【별표68】전이암 분류표 1733
【별표69】특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 분류표 1734
【별표70】통합뇌질병 분류표 1736
【별표71】통합심장질병 분류표 1737
【별표72】심부 바늘생검 조직병리진단(급여) 분류표 1738
【별표73】자궁 생검 조직병리진단(급여) 분류표 1739
【별표74】갑상선 바늘생검 조직병리진단(급여) 분류표 1740
【별표75】유방 바늘생검 조직병리진단(급여) 분류표 1741

【별표76】 전립선 바늘생검 조직병리진단(급여) 분류표 1742
【별표77】 신통합암(원발후전이포함) II (유사암제외)(원발암) 분류표 1743
【별표78】 병기구분 불가암 분류표 1745
【별표79】 전신마취 의료행위 분류표 1748
【별표80】 레보아이로봇 암수술 분류표 1749
【별표81】 특정6대질병 II 분류표 1750
【별표82】 특정8대질병 분류표 1751
【별표83】 순환계질환(특정질병 및 2대질병제외) 분류표 1752
【별표84】 순환계질환(특정질병제외) 분류표 1754
【별표85】 특정순환계질환 II 분류표 1756
【별표86】 특정급여치료 I 대상 수가코드 분류표 1758
【별표87】 특정급여치료 II 대상 수가코드 분류표 1761
【별표88】 뇌졸중 혈전제거술(급여) 분류표 1765
【별표89】 특정허혈성심질환 혈전제거술(급여) 분류표 1766
【별표90】 급여촬영 분류표 1767
【별표91】 CT검사(급여) 분류표 1776
【별표92】 골밀도검사(급여) 분류표 1780
【별표93】 부목치료(급여) 분류표 1781
【별표94】 상해특정치료(급여) 분류표 1782
【별표95】 치매CDR척도검사 분류표 1787
【별표96】 저체온요법치료(급여) 분류표 1788
【별표97】 인공호흡기치료(12시간초과)(급여) 분류표 1789
【별표98】 양전자 단층촬영(PET) 검사(급여) 분류표 1790
【별표99】 질병특정치료(급여) 분류표 1791
【별표100】 알츠하이머치매 분류표 1795
【별표101】 치매 분류표 1796
【별표102】 혈관성 치매 분류표 1797
【별표103】 순환계질환(특정질병제외) 중 뇌혈관질환 분류표 1798
【별표104】 순환계질환(특정질병제외) 중 심혈관및기타질환 분류표 1799
【별표105】 MRI/PET/CT 검사(급여) 분류표 1801
【별표106】 만성폐질환 분류표 1802
【별표107】 급여 관절경검사 분류표 1802
【별표108】 주요관절손상 분류표 1803
【별표109】 급여 주요관절손상수술치료 대상 수가코드 분류표 1805
【별표110】 관절질환 분류표 1808
【별표111】 6대인공관절치환수술 대상질환 분류표 1809
【별표112】 근골격계통 및 결합조직의 질환 분류표 1810
【별표113】 무릎관절증 분류표 1811
【별표114】 무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료제 해당 의약품명 및 성분명 1812
【별표115】 7대희귀난치성질환 분류표 1813
【별표116】 녹내장 분류표 1814
【별표117】 특정망막질환 분류표 1815
【별표118】 뇌전증 분류표 1815
【별표119】 특정갑상선기능저하증(선천성 제외) 분류표 1816
【별표120】 항암방사선치료후 5대합병증 분류표 1817
【별표121】 항암방사선치료후 4대합병증 분류표 1819

【별표122】 천식지속상태 분류표 · · ·

보 통 약 관

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

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

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

제2조(용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어

용 어	정 의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험수익자	회사에 보험금(신체손해 보장 및 비용손해보장의 지급사유가 발생하는 때에 한합니다) 및 만기환급금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

용 어	정 의
상해	보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
장해	「장해 분류표」(【별표1】 참조)에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
신체	의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치등 신체에 이식되어 그 기능을 대신한 경우는 포함합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
보험 가입금액	보험사고 발생시 보험회사가 지급하여야 할 보험금의 기준이 되는 금액으로 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.
한국표준질병·사인 분류	한국인의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준 통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류 ICD를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

용 어	정 의
연단위복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다. **예시) 연단위 복리 계산법** * 연이율 10%로 100원을 3년동안 부리시 → [가입시] 100원(원금) → [1년후] 100원(원금) + 100원 × 10%(1년이자) = 총110원 → [2년후] 100원(원금) + 100원 × 10%(1년이자) + [100원(원금) + 100원 × 10%] × 10% = 총121원
평균 공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료/보험업무」 내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.
해약환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

용 어	정 의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 공휴일, 대체공휴일 및 노동절을 제외합니다. ※ 이와 연관된 법규는 【별표2】 기타관계법령을 참조하시기 바랍니다.

5. 보험료 관련 용어

용 어	정 의
보험료	계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 보통약관의 보장보험료와 특별약관이 부가된 경우 특별약관 보험료의 합계액을 말합니다.
보장보험료	손해를 보장하는데 필요한 보험료(보장부분에 해당하는 회사의 사업경비를 포함합니다)를 말합니다.
부가보험료	회사운영에 필요한 사업경비로 사용되는 보험료를 말하며, 계약체결비용과 계약관리비용 및 손해조사비로 구분됩니다. 계약관리비용은 다시 유지관련비용과 기타비용으로 구분할 수 있습니다.

6. '갱신형'계약의 갱신관련 용어

용 어	정 의
최초계약	'갱신형'계약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
갱신계약	'갱신형'계약의 보험기간이 끝난 후 해당 계약이 갱신 된 경우를 말합니다.
갱신일	'갱신형'계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝난 날의 다음날을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

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

1. 「일반상해사망보험금」 : 이 보통약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
일반상해사망보험금	이 보통약관의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제3조(보험금의 지급사유) 제1호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

실종선고

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

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3조(보험금의 지급사유) 제1호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

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

의료법 제3조(의료기관)

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제6조(보험금 지급사유의 통지)

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

제7조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자의 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

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 나누어 집니다.

제8조(보험금 등의 지급절차)

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

② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청(다만, 대상기관은 금융분쟁조정위원회 또는 소비자 분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

보험금 가지급제도

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

③ 제2항에 의하여 보험금 지급사유의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 보험금 지급사유에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.

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

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 「보험금을 지급할 때의 적립이율 계산」(【별표3】 참조)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제16조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

정당한 사유

'정당한 사유'란 사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

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

제9조(중도인출)

회사는 이 계약에 대해 중도인출을 적용하지 않습니다.

제10조(보험금 받는 방법의 변경)

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

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

평균공시이율

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

예시) 연단위 복리로 할인한 금액 계산법

* 3년동안 매년 100원의 금액을 일시에 받고자 할 때(평균공시이율10%)

→ 100원(현재 받을금액)

+ 100원(내년 지급예정 금액) ÷ (1 + 10%)(1년차 할인)

+ 100원(내년 지급예정 금액) ÷ (1 + 10%)(1년차 할인) ÷ (1 + 10%)(2년차 할인)

제11조(주소변경통지)

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

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

제12조(보험수익자의 지정)

① 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 아래에서 정한 자로 합니다.
1. 사망보험금 : 피보험자의 법정상속인
2. 사망보험금 이외의 보험금 : 피보험자

② 제1항에 따라 지정된 보험수익자가 보험기간 중에 사망한 때에는 계약자는 다시 보험수익자를 지정할 수 있으며, 이 경우에 계약자가 보험수익자를 지정하지 않고 사망한 때에는 보험수익자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

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

제13조(대표자의 지정)

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

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

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

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

연대책임
두사람 이상이 각각 동일한 내용의 책임을 지는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제14조(계약 전 알릴 의무)

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

상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)
보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니한다. <개정 1991.12.31.>

【 제651조의 2(서면에 의한 질문의 효력) 】
보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

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

제15조(상해보험 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
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)

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

[직무]
직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제22조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

[위험변경에 따른 계약변경 절차]

위험변경사항 통지 (우편, 전화, 방문 등)
↓
계약자,피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약
↓
계약변경사항 인수 심사
↓
정산금액 처리(환급 또는 추가납입)
↓
계약변경 완료

③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다)을

환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 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 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 "변경전 요율"이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 "변경후 요율"이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

직업 및 직무를 변경할 때 계약자적립액 정산

피보험자가 직업 또는 직무를 변경하여 피보험자의 위험이 변경된 경우, 변경 이후 기간의 보장을 위해 필요한 재원인 계약자적립액 등의 차이가 발생할 수 있습니다. 이러한 이유로 계약자적립액 정산을 통하여 계약자가 추가로 납입하거나 반환받을 금액이 발생할 수 있습니다.

보험요율

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

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

제16조(알릴 의무 위반의 효과)

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

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제14조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제15조(상해보험 계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

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

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

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제33조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 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 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제15조(상해보험 계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

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

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

⑧ 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 보며, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제17조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위・변조 또는 청약일 이전에 암 또는 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제18조(보험계약의 성립)

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

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

용어의 정의

<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 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

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

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장 또는 보험료의 납입을 면제(대체)하여 드립니다.

⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 이 약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제19조(청약의 철회)

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

일반금융소비자
전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

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

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(단, 만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)가 초과된 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 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

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

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

제20조(약관 교부 및 설명의무 등)

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

1. 서면교부
2. 우편 또는 전자우편
3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

② 제1항과 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, 보험료 납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

약관의 중요한 내용

보험업법 시행령 제42조의 2(설명의무의 중요사항등) 및 보험업감독규정 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)에 정한 다음의 내용을 말합니다.

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항등 보험금 지급제한 조건
- 고지의무 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 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

통신판매계약

전화・우편・인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

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

자필서명

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

전자서명법 제2조(정의) 제2호

<전자서명법 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명>

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

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

보험계약대출이율

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

제21조(계약의 무효)

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우.
2. 만15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결할 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

심신상실자 및 심신박약자

<심신상실자(心神喪失者)>

심신상실자(心神喪失者)라 함은 의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다.

<심신박약자(心神薄弱者)>

심신박약자(心神薄弱者)라 함은 심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다.

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

제22조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
다만, 1형(일반심사형 납입 후 해약환급금지급형의 50%지급형) 및 3형, 5형, 7형, 9형(통합간편가입형 납입 후 해약환급금지급형의 50%지급형)의 경우 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경, 보험가입금액의 증액 및 보장의 추가는 신청할 수 없습니다.

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

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

설 명

계약자가 보험수익자 변경사실을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 이 경우 회사가 변경전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제33조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자가 제2항에 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 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

⑦ 제1항에 따라 계약의 위험이 증가하거나 감소하는 등 계약내용이 변경되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약의 변경시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

⑧ 제1항에 따라 보험료 등을 감액 혹은 증액할 경우 최초 안내한 중도환급금 또는 해약환급금보다 적거나 많아질 수 있습니다.

설 명

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

제23조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제21조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

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

③ 청약서류에 적힌 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증 이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 적힌 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다. 보험금 및 보험료 변경 시 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 변경당시의 해약환급금을 정산합니다.

계약해당일

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다.

계약일 : 2026년 4월 13일 ⇒ 계약해당일 : 매년 4월 13일

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

보험나이 계산 예시

생년월일 : 1995년 10월 2일

예시1)	예시2)
계약일 : 2026년 4월 13일	계약일 : 2026년 11월 13일
2026년 4월 13일	2026년 11월 13일
- 1994년 10월 2일	- 1994년 10월 2일
= 30년 6월 11일	= 31년 1월 11일
= 31세	= 31세
(6개월이상 끝수는 1년으로 계산)	(6개월미만 끝수는 버림)

제24조(보통약관 계약의 소멸)

① 회사가 제3조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 일반상해사망보험금 지급 사유가 발생된 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 계약은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 보장의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 제3조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않은 사유로 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

계약자적립액

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

제24조의2(계약의 소멸시 계약자적립액의 청구)

계약의 소멸로 인하여 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제8조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5관 보험료의 납입

제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다.

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

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

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

④ 회사는 제3항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제16조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

제26조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

납입기일
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

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

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 아래사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.
1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

납입최고(독촉)
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우 회사가 계약자에게 보험료 납입을 재촉하는 일을 말합니다.

② 제1항에 따른 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

③ 보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자에게도 제1항에 따른 내용을 알려 드립니다.

④ 보험료 납입이 연체중이라도 계약의 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

⑤ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

전자서명법 제2조(정의) 제2호
<전자서명법 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명>
“전자서명”이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

⑥ 회사가 제1항에 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 제1항에 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 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

⑦ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제33조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보장보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제14조(계약 전 알릴 의무), 제16조(알릴 의무 위반의 효과), 제17조(사기에 의한 계약), 제18조(보험계약의 성립) 및 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제14조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제16조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제29조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제22조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

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

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

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

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

용어의 정의

<강제집행>

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

<담보권실행>

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

<국세 및 지방세 체납처분 절차>

국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

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

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

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제30조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제33조(해약환급금)에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제21조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제33조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제30조의2(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 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

위법계약

금융상품판매업자등이 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위의 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

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

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제33조(해약환급금) 제4항에 따른 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사 할 수 있습니다.

제척기간
권리관계를 빨리 확정하기 위하여 어떤 종류의 권리에 대하여 법률이 정하고 있는 존속 기간을 말하며, 이 기간이 지나면 해당 권리는 소멸됩니다.

제31조(중대사유로 인한 해지)

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

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

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제33조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 지급합니다.

제32조(회사의 파산선고와 해지)

① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제33조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조(해약환급금)

<2,4,6,형(해약환급금지급형) 가입자용>

① 이 약관에 따른 해약환급금은 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산합니다.
② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 「보험금을 지급할 때의 적립이율 계산」(【별표3】 참조)에 따릅니다.
③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.
④ 제30조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

<1,3,5형(납입 후 해약환급금지급형의 50%지급형) 가입자용>

⑤ 이 약관에 따른 해약환급금은 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산합니다. 단, 보험료 납입기간 중 이 계약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급하지 않습니다.
⑥ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 「보험금을 지급할 때의 적립이율 계산」(【별표3】 참조)에 따릅니다.
⑦ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.
⑧ 제30조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

1,3,5형(납입 후 해약환급금지급형의 50%지급형) 가입자 해약환급금 관련 유의사항

○ 1,3,5형(납입후 해약환급금지급형의 50%지급형)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 1종(해약환급금지급형) 대비 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.

보험료 납입기간 중	보험료 납입기간후
없음	2,4,6형(해약환급금지급형) 해약환급금의 50%

○ 1,3,5형(납입후 해약환급금지급형의 50%지급형)의 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 지급하지 않습니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 1종(해약환급금지급형) 해약환급금의 50%를 지급합니다.

○ 회사는 1,3,5형(납입후 해약환급금지급형의 50%지급형) 가입시 2,4,6형(해약환급금지급형)의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

제34조(보험계약대출)

이 계약은 순수보장성보험으로 회사는 이 계약에 대하여 보험계약대출을 운용하지 않습니다.

제35조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제36조(분쟁의 조정)

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

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

제37조(관할법원)

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

제38조(소멸시효)

보험금청구권, 중도환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금 청구권 또는 계약자적립액 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

소멸시효

주어진 권리를 행사하지 않을 때 그 권리가 없어지게 되는 기간으로 보험금 등 지급사유가 발생한 3년간 보험금 등을 청구하지 않는 경우 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.
예를 들어, 보험금 지급사유가 2026년 4월 1일에 발생하였음에도 2029년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금등을 지급받지 못할수 있습니다.

제39조(약관의 해석)

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

> **신의성실의 원칙**
> 권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(민법 제2조 제1항)
>
> <민법 제2조 제1항>
> 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

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

제40조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

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

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

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

> **보험안내자료**
> 계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제41조(회사의 손해배상책임)

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

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

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

> **현저하게 공정을 잃은 합의**
> 사회통념상 일반 보통인이라면 그 같은 일을 하지않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말한다.

제42조(개인정보보호)

① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령(【별표2】 기타관계법령을 참조)에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의 없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제43조(준거법)

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

상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제44조(예금보험에 의한 지급보장)

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

예금자보호제도

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

특 별 약 관

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

제1장. 상해관련 특별약관

1. 일반상해후유장해(80%이상) 특별약관

1-1. 일반상해후유장해(80%이상)(통합간편가입형) 특별약관
1-2. 일반상해후유장해(80%이상) 특별약관

1-1 및 1-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

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

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 「장해분류표」에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내

③ 「장해분류표」에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 「장해분류표」의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

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

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

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

지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제4조(특별약관의 소멸)

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

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2. 일반상해후유장해(20~100%) 특별약관

2-1. 일반상해후유장해(20~100%)(통합간편가입형) 특별약관
2-2. 일반상해후유장해(20~100%) 특별약관

2-1 및 2-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

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

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 「장해분류표」에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내

③「장해분류표」에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의

장해정도에 따라 「장해분류표」의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

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

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

예시 : 일반상해후유장해(20~100%) 가입금액 100만원 ○ 동일한 부위에 두개의 상해사고로 다음과 같이 진단을 받은 경우 · 하나의 상해사고로 30%후유장해 진단시 ⇒ 30%에 해당하는 보험금 지급 (30만원) · 또 다른 상해사고로 인해 동일한 부위에 60%후유장해 진단시 ⇒ 60%후유장해에 해당하는 보험금과 30%후유장해에 해당하는 보험금의 차액 지급 (60만원 - 30만원 = 30만원)

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

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

3. 일반상해입원비(1일-180일) 특별약관

3-1. 일반상해입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관
3-2. 일반상해입원비(1일-180일) 특별약관

3-1 및 3-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 일반상해입원비(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

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

제2조(「입원」의 정의와 장소)

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

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원비(1일-180일) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

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

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항 및 제2항의 일반상해입원비(1일-180일)를 계속 지급합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원비(1일-180일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4. 상해중환자실입원비(1일-180일) 특별약관

4-1. 상해중환자실입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관
4-2. 상해중환자실입원비(1일-180일) 특별약관

4-1 및 4-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

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

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

제2조(용어의 정의)
이 특별약관에 있어서 「중환자실」이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제3조(「입원」의 정의와 장소)
① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 상해중환자실입원비(1일-180일) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다.
③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항 및 제2항의 상해중환자실입원비(1일-180일)를 계속 지급합니다.
④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해중환자실입원비(1일-180일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

5. 상해수술비 특별약관

5-1. 상해수술비(통합간편가입형) 특별약관
5-2. 상해수술비 특별약관

5-1 및 5-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 상해수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 급격, 우연, 외래의 상해사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 수술을 받은 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
상해수술비	1사고당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술

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

용어의 정의

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 하나의 사고로 두 종류 이상의 상해수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 상해수술비만 지급합니다.
② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제2조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

6. 뇌・내장상해 수술비 특별약관

6-1. 뇌・내장상해 수술비 특별약관

6-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

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

구 분	지 급 금 액
뇌・내장상해수술비	이 특별약관 보험가입금액

제2조(용어의 정의)

① 이 특별약관에서 「뇌손상」이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 「뇌・내장손상 분류표」(【별표4】 참조)에 해당하는 기질적손상을 입은 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「내장손상」이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장(心腸), 폐(肺), 위(胃), 장(腸), 간장(肝臟), 췌장(膵臟), 비장(脾臟), 신장(腎臟), 방광(膀胱))의 기관에 「뇌・내장손상 분류표」(【별표4】 참조)에 해당하는 기질적 손상을 입은 경우를 말합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「개두(開頭)수술」, 「개흉(開胸)수술」, 「개복開腹)수술」이라 함은 각각 아래의 수술을 말합니다.

뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은 「개두(開頭)수술」, 「개흉(開胸)수술」, 「개복(開腹)수술」로 보지 않습니다.

1. 「개두(開頭)수술」 이라 함은 두 개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.
2. 「개흉(開胸)수술」이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도수술 등 흉강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말함. 또한 개흉수술에 준하는 것은 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함합니다.
3. 「개복(開腹)수술」이라 함은 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복술에 준하는 것으로서 신장, 뇨관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적 조작에 의한 것은 해당되지 않습니다.

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)

4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어의 정의

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

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 사고로 뇌·내장상해수술비 지급 사유가 2가지 이상 발생한 경우에도 한 가지 사유에 의한 뇌·내장상해수술비만을 보상합니다.
② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제3조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 뇌·내장상해수술비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

7. 상해1~5종수술비Ⅱ 특별약관

7-1. 상해1~5종수술비Ⅱ(통합간편가입형) 특별약관
7-2. 상해1~5종수술비Ⅱ 특별약관

7-1 및 7-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 상해1~5종수술비Ⅱ : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 「1-5종 수술분류표Ⅲ」(【별표6】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우 수술1회당 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
상해1~5종수술비Ⅱ	세부보장 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

보 장
상해1~5종수술비Ⅱ(1종) 보장 상해1~5종수술비Ⅱ(2종) 보장 상해1~5종수술비Ⅱ(3종) 보장 상해1~5종수술비Ⅱ(4종) 보장 상해1~5종수술비Ⅱ(5종) 보장

제2조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 「1-5종 수술분류표Ⅲ」에서 정한 행위를 받는 경우로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

용어의 정의

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

⑤ 제1항 내지 제4항에도 불구하고 「1-5종 수술분류표III」(【별표6】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술보험금을 지급합니다.
이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다.
단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술보험금을 지급합니다.

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 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

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.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제2조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
② 제1항 이외에도 회사는 아래 목적의 치료를 위한 상해1~5종수술비II에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

8. 골절진단비(치아파절 제외) 특별약관

8-1. 골절진단비(치아파절 제외)(통합간편가입형) 특별약관
8-2. 골절진단비(치아파절 제외) 특별약관

8-1 및 8-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 골절진단비(치아파절제외) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 「골절(치아파절 제외) 분류표」(【별표7】 참조)에 해당하는 골절로 진단확정을 받은 경우 아래의 금액을 지급

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

9. 골절진단비(치아파절 제외)(1~5급)(연간1회한) 특별약관

9-1. 골절진단비(치아파절 제외)(1~5급)(연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관
9-2. 골절진단비(치아파절 제외)(1~5급)(연간1회한) 특별약관

9-1 및 9-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 골절진단비(치아파절 제외)(1~5급)(연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 「골절(치아파절제외) 분류표II」(【별표8-1】 참조)에서 정한 골절로 진단확정을 받고 「골절 등급분류기준표」(【별표8-2】 참조)에 해당하는 경우, 해당 골절 등급별 보험가입금액을 각각 연간1회 한하여 지급

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

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

보 장
골절진단비(치아파절 제외)(1급)(연간1회한) 보장 골절진단비(치아파절 제외)(2급)(연간1회한) 보장 골절진단비(치아파절 제외)(3급)(연간1회한) 보장 골절진단비(치아파절 제외)(4급)(연간1회한) 보장 골절진단비(치아파절 제외)(5급)(연간1회한) 보장

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절상태가 발생한 경우에는 연간 1회에 한하여 가장 높은 등급에 해당하는 골절을 기준으로 골절진단비(치아파절 제외)(1~5급)(연간1회한)를 지급합니다. 다만, 제3항에서 정한 「연간」에 이미 보험금이 지급된 등급이 있는 경우, 그 보험금이 지급된 등급을 제외하고 가장 높은 등급에 해당하는 골절을 기준으로 골절진단비(치아파절 제외)(1~5급)(연간1회한)를 지급합니다.

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

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약일로 합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 골절진단비(치아파절 제외)(1~5급)(연간1회한)의 진단일자는 사고일을 기준으로 합니다.

예시 : 골절진단비(치아파절 제외)(1~5급)(연간1회한) 가입금액

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

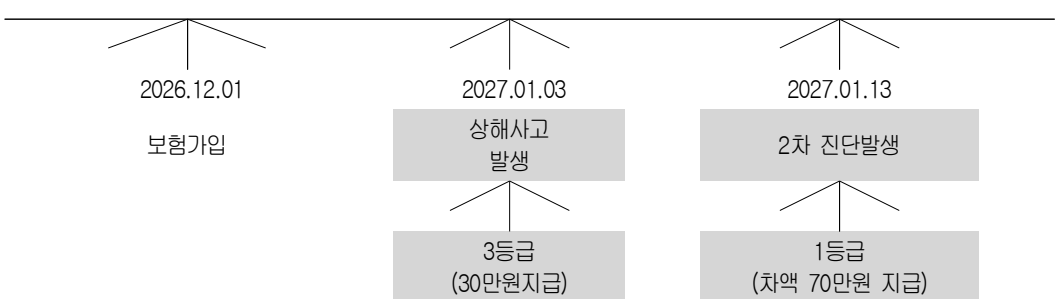
(사례1)
○ 하나의 상해사고로 다음과 같이 진단 후 수술을 받은 경우
: S72.0, S72.4

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

⇒ 높은 등급에 해당하는 2등급 보험금 지급(40만원)

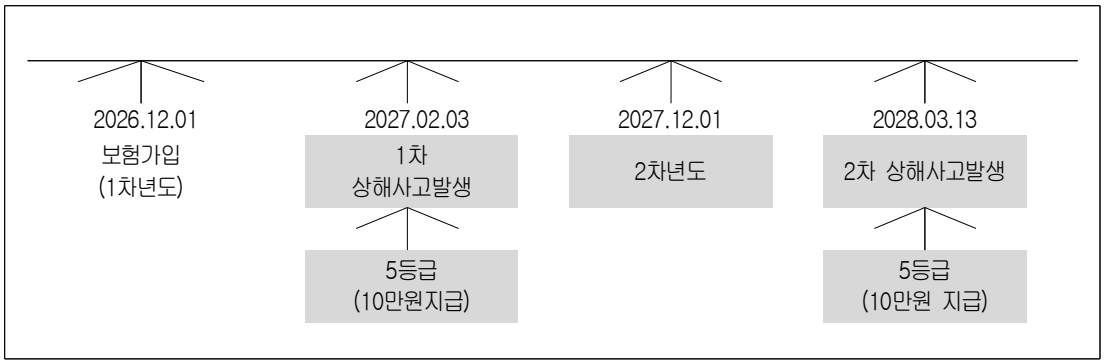
(사례2)
○ 하나의 상해사고로 다음과 같이 진단을 받은 경우
· 하나의 상해사고로 S02.2(비골의 골절) 진단시
⇒ 3등급에 해당하는 보험금 지급 (30만원 지급)

· 같은 상해사고로 인해 2차 진단 S06.4(경막외출혈) 발생시
⇒ 1등급에 해당하는 보험금과 3등급 보험금의 차액 지급
(100만원 - 30만원 = 70만원)



(사례3)
○ 다른 해 두 개 이상의 상해사고 발생시(등급별 각각 연간1회한)
· 첫 해 상해사고로 S62.5(엄지의 골절) 진단시
⇒ 5등급에 해당하는 보험금 지급(10만원)

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



제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

10. 골절수술비 특별약관

10-1. 골절수술비(통합간편가입형) 특별약관
10-2. 골절수술비 특별약관

10-1 및 10-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 골절수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 「골절 분류표」(【별표9】 참조)에 해당하는 골절로 수술을 받은 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
골절수술비	1사고당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어의 정의

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 하나의 사고로 두 종류 이상의 골절수술을 받거나 같은 종류의 골절수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 골절수술비만 지급합니다.
② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제2조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

11. 골절수술비(1~5급)(연간1회한) 특별약관

11-1. 골절수술비(1~5급)(연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관
11-2. 골절수술비(1~5급)(연간1회한) 특별약관

11-1 및 11-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 골절수술비(1~5급)(연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 「골절 분류표Ⅲ」(【별표10-1】 참조)에 해당하는 골절로 진단확정후 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 「골절 등급분류기준표Ⅱ」(【별표10-2】 참조)에 해당하는 골절 등급별로 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급

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

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

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

제2조(용어의 정의)

①「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 1호의 경우 하나의 사고로 두 종류 이상의 골절수술을 받거나 같은 종류의 골절수술을 2회이상 받은 경우에는 1회에 한하여 가장 높은 등급에 해당하는 골절을 기준으로 골절수술비(1~5급)(연간1회한)를 지급합니다. 다만, 제3항에서 정한 「연간」에 이미 보험금이 지급된 등급이 있는 경우, 그 보험금이 지급된 등급을 제외하고 가장 높은 등급에 해당하는 골절을 기준으로 등급별 골절수술비(1~5급)(연간1회한)를 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제2조(용어의 정의) 제1항 내지 제4항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약일로 합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 골절수술비(1~5급)(연간1회한)의 진단일자는 사고일을 기준으로 합니다.

예시 : 골절수술비(1~5급)(연간1회한) 가입금액

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

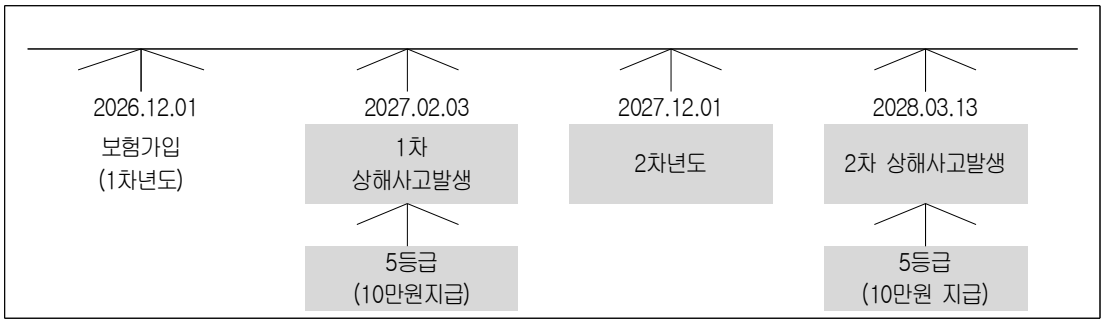
(사례1)
○ 하나의 상해사고로 다음과 같이 진단 후 수술을 받은 경우
: S72.0, S72.4

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

⇒ 높은 등급에 해당하는 2등급 보험금 지급(40만원)

(사례2)
○ 다른 해 두 개 이상의 상해사고 발생시(등급별 각각 연간1회한)
· 첫 해 상해사고로 S62.5(엄지의 골절) 진단 후 수술을 받은 경우
⇒ 5등급에 해당하는 보험금 지급(10만원)

· 다음 해 상해사고로 S92.5(기타 발가락의 골절) 진단 후 수술을 받은 경우
⇒ 5등급에 해당하는 보험금 지급(10만원)



제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

12. 화상진단비 특별약관

12-1. 화상진단비(통합간편가입형) 특별약관
12-2. 화상진단비 특별약관

12-1 및 12-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 화상진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 「화상 분류표」(【별표11】 참조)에 해당하는 화상으로 진단확정을 받은 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
화상진단비	이 특별약관 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 화상이라 함은 「화상 분류표」(【별표11】 참조)에 정한 화상(열상 포함)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 화상상태인 경우에는 1회에 한하여 화상진단비를 지급합니다.
③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

13. 화상수술비 특별약관
13-1. 화상수술비(통합간편가입형) 특별약관
13-2. 화상수술비 특별약관

13-1 및 13-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 화상수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 「화상 분류표」(【별표11】 참조)에 해당하는 화상치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
화상수술비	1사고당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(「수술」의 정의와 장소)
① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.
③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)

2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 화상이라 함은 「화상 분류표」(【별표11】 참조)에 정한 화상(열상 포함)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.
② 하나의 사고로 두 종류 이상의 화상수술을 받거나 같은 종류의 화상수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 화상수술비만 지급합니다.
③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 제2조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

14. 5대골절진단비 특별약관

14-1. 5대골절진단비(통합간편가입형) 특별약관
14-2. 5대골절진단비 특별약관

14-1 및 14-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 5대골절진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 「5대골절분류표」(【별표12】 참조)에서 정한 골절로 진단확정을 받은 경우 보험가입금액을 지급

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 5대골절진단비를 지급합니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

15. 5대골절수술비 특별약관

15-1. 5대골절수술비(통합간편가입형) 특별약관
15-2. 5대골절수술비 특별약관

15-1 및 15-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 5대골절수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 「5대골절분류표」(【별표12】 참조)에 해당하는 골절로 진단확정후 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 아래의 금액을 지급

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

제2조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

용어의 정의

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제2조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

16. 일반상해입원비(1일-20일) 특별약관

16-1. 일반상해입원비(1일-20일)(통합간편가입형) 특별약관
16-2. 일반상해입원비(1일-20일) 특별약관

16-1 및 16-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 일반상해입원비(1일-20일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

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

제2조(「입원」의 정의와 장소)

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

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원비(1일-20일) 지급일수는 1회 입원당 20일을 한도로 합니다.

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

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항 및 제2항의 일반상해입원비(1일-20일)를 계속 지급합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원비(1일-20일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

17. 신화상진단비 특별약관

17-1. 신화상진단비(통합간편가입형) 특별약관
17-2. 신화상진단비 특별약관

17-1 및 17-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 신화상진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써「신화상분류표」(【별표28-1】참조)에서 정한 「화상」으로 진단확정을 받은 경우 「신화상 등급분류기준표」(【별표28-2】참조)에 해당하는 화상 등급별로 아래의 금액을 지급

(특별약관 가입금액 100만원 기준)

화상등급	1급	2급	3급	4급	5급
지급금액	100만원	50만원	20만원	10만원	5만원

제2조(「화상」의 정의)

제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 「화상」이라 함은 「신화상분류표」(【별표28-1】참조)에 정한 화상(열상 포함)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 화상이 발생한 경우에는 가장 높은 등급에 해당하는 화상을 기준으로 신화상진단비를 지급합니다. 다만, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 신화상진단비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 신화상진단비에서 이미 지급한 신화상진단비를 차감하고 지급합니다.

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

합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

18. 상해1~5종수술동반입원비 특별약관

18-1. 상해1~5종수술동반입원비(통합간편가입형) 특별약관
18-2. 상해1~5종수술동반입원비 특별약관

18-1 및 18-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 이 특별약관은 아래의 총 5개의 세부보장으로 나뉩니다.

보 장
1) 상해1~5종수술동반입원비(1종)(1일-2일) 보장
2) 상해1~5종수술동반입원비(2종)(1일-4일) 보장
3) 상해1~5종수술동반입원비(3종)(1일-6일) 보장
4) 상해1~5종수술동반입원비(4종)(1일-8일) 보장
5) 상해1~5종수술동반입원비(5종)(1일-10일) 보장

② 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상해1~5종수술동반입원비: 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 다음 각 목에 모두 해당하는 경우(이하 “수술동반입원”이라 합니다) 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급
   가. 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 계속입원하여 치료를 받은 경우
   나. 상해의 직접결과로써 제2조(용어의 정의) 제3항에서 정한 수술을 받는 경우
   다. 상기 가목 및 나목은 동일한 상해의 치료를 목적으로 합니다.

구 분	지 급 금 액
상해1~5종수술동반입원비(1종)(1일-2일)	입원 1일당 이 세부보장 보험가입금액(2일한도)
상해1~5종수술동반입원비(2종)(1일-4일)	입원 1일당 이 세부보장 보험가입금액(4일한도)
상해1~5종수술동반입원비(3종)(1일-6일)	입원 1일당 이 세부보장 보험가입금액(6일한도)
상해1~5종수술동반입원비(4종)(1일-8일)	입원 1일당 이 세부보장 보험가입금액(8일한도)
상해1~5종수술동반입원비(5종)(1일-10일)	입원 1일당 이 세부보장 보험가입금액(10일한도)

제2조(용어의 정의)

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

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

③ 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 「【별표6】 1-5종 수술분류표III 」에서 정한 행위를 받는 경우로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

④ 제3항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

⑤ 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑥ 제3항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

용어의 정의

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 상해1~5종수술동반입원비의 지급일수는 1회 "수술동반입원"당 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 세부보장별 입원일수 한도를 따릅니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호 나목의 수술은 같은 상해로 두 종류 이상의 상해 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 입원일수 한도에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 상해1~5종수술동반입원비를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술동반입원비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술동반입원비에서 이미 지급한 수술동반입원비를 차감하고 지급합니다.
단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술보험금을 지급합니다.

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.

③ 제2항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리,

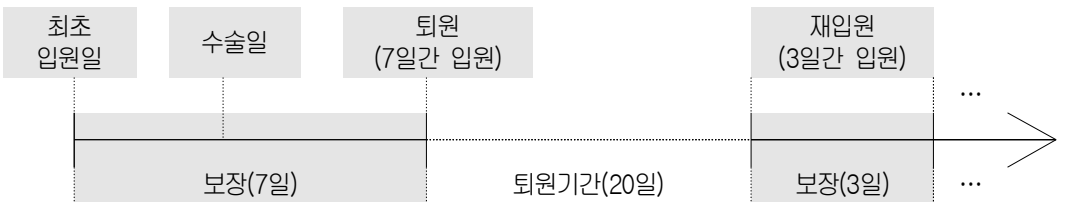
목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

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.

④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해1~5종수술동반입원비는 "수술" 이후 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다.

<보상예시> 동일한 상해(5종)로 7일간 수술동반입원, 퇴원 후 3일간 재입원시

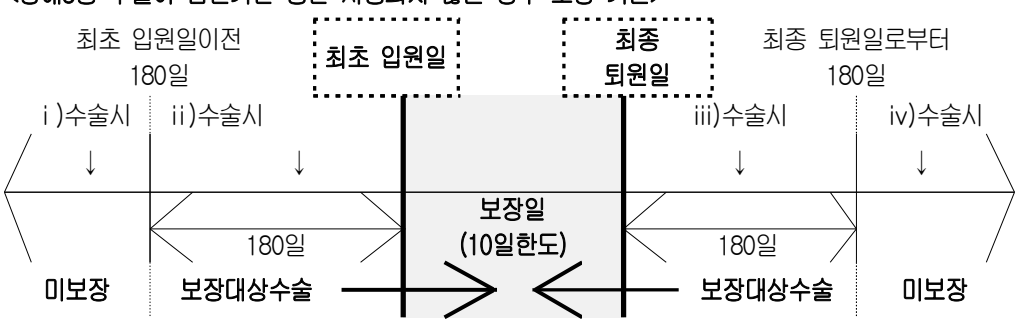


⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 "수술동반입원"하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 "수술동반입원"에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 상해1~5종수술동반입원비를 보장하여 드립니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자의 본인이 자의적으로 입원할 때에는 회사는 상해수술동반입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 "최초 입원일 이전 180일부터 최초 입원일 이내" 또는 "최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전" 수술에 대해서는, 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해1~5종수술동반입원비를 제1항 내지 제6항에 따라 지급합니다. 특히, 같은 상해 치료를 목적으로 두 종류 이상의 상해 수술을 받은 경우에는 제2항에 따라 먼저 한 수술을 기준으로 아래와 같이 보장합니다.

<상해5종 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준>



i) 최초 입원일 이전 180일 전 수술시 미보장

ii) 최초 입원일 이전 180일부터 최초 입원일 이내 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해1~5종수술동반입원비를 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항 내지 제6항에 따라 보장

iii) 최종 퇴원일로부터 180일 경과일 이전 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해1~5종수술동반입원비를 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항 내지 제6항에 따라 보장

iv) 최종 퇴원일의 180일 경과일 이후 수술시 미보장

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제2조(용어의 정의)의 제3항 내지 제6항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유

판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

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

③ 제1항 내지 제2항 이외에도 회사는 아래 목적의 치료를 위한 상해1~5종수술동반입원비에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

19. 상해1~5종수술비(1사고당) 특별약관

19-1. 상해1~5종수술비(1사고당)(통합간편가입형) 특별약관
19-2. 상해1~5종수술비(1사고당) 특별약관

19-1 및 19-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 상해1~5종수술비(1사고당) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 「1-5종 수술분류표Ⅲ」(【별표6】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우 1사고당 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
상해1~5종수술비(1사고당)	세부보장 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

보 장
상해1~5종수술비(1사고당)(1종) 보장 상해1~5종수술비(1사고당)(2종) 보장 상해1~5종수술비(1사고당)(3종) 보장 상해1~5종수술비(1사고당)(4종) 보장 상해1~5종수술비(1사고당)(5종) 보장

제2조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 「1-5종 수술분류표Ⅲ」에서 정한 행위를 받는 경우로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

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

⑤ 제1항 내지 제4항에도 불구하고 「1-5종 수술분류표III」(【별표6】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 하나의 상해사고로 두 종류 이상의 상해수술을 받거나 같은 종류의 상해수술을 2회이상 받은 경우에는 1회에 한하여 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 상해 1~5종수술비(1사고당)를 지급합니다.
이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제2조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 회사는 아래 목적의 치료를 위한 상해1~5종수술비(1사고당)에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

20. 아나필락시스진단비(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 아나필락시스진단비(연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 「아나필락시스(Anaphylaxis)」(이하 「아나필락시스」라 합니다) 로 진단 확정된 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
아나필락시스진단비(연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액

② 제1항의 「아나필락시스」는 제2조(「아나필락시스」의 정의 및 진단확정)에서 정한 아나필락시스쇼크를 말합니다.

제2조(「아나필락시스」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「아나필락시스」라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「아나필락시스 분류표」(【별표31】참조)에 해당하는 상병을 말합니다.

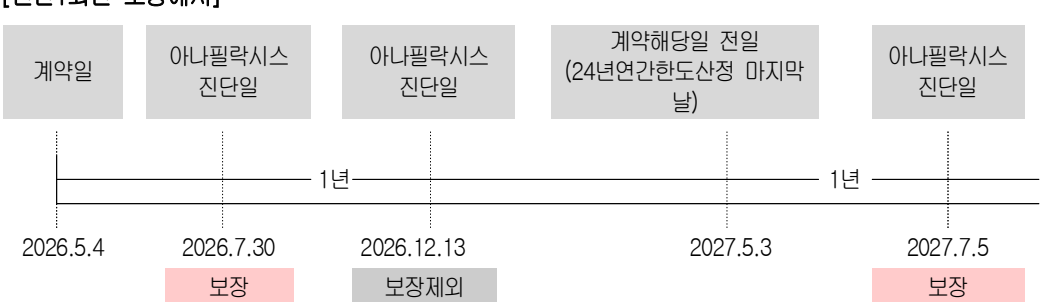
②「아나필락시스」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 항체, 항원검사, 유발검사 및 피부시험 등을 기초로 내려져야 합니다.

아나필락시스
항원-IgE항체 면역반응이 원인이 되어 발생하는 급격한 전신 알레르기 반응을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[연간1회한 보장예시]



② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 상병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

제5조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(아나필락시스쇼크 진단확인서, 아나필락시스쇼크 진료기록부 사본, 사망진단서 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 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

21. 상해1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한) 특별약관

21-1. 상해1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관
21-2. 상해1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한) 특별약관

21-1 및 21-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 상해1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 「1~8종 수술 및 시술 분류표」(【별표47】 참조)에서 정한 「수술 및 시술」을 받은 경우

에는 하나의 「수술 및 시술코드」 당 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급
다만, 1회의 입원당 1회의 「수술 및 시술」또는 통원 1일당 1회의 「수술 및 시술」에 한하여 보장합니다.

구 분	지 급 금 액
상해1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)	세부보장 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

보 장
상해1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)(1종) 보장
상해1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)(2종) 보장
상해1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)(3종) 보장
상해1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)(4종) 보장
상해1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)(5종) 보장
상해1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)(6종) 보장
상해1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)(7종) 보장
상해1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)(8종) 보장

제2조(「수술 및 시술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술 및 시술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 하며, 한의사는 제외합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 「1~8종 수술 및 시술 분류표」(【별표47】 참조)에서 정한 수술 및 시술코드에 해당하는 의료행위를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 수술 및 시술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술 및 시술코드」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 처치 및 수술료 항목에서 급여항목이 발생하고, 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group」 분류체계에 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」중 회사가 정한 코드를 말하며, 건강보험심사평가원 환자분류체계에서 확인이 가능합니다.

KDRG(Korean Diagnosis Related Group)
건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다.
이 특별약관은 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

ADRG(Adjacent DRG)
환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라 "외과계 그룹"과 "내과계 그룹"으로 분류한 후 의료행위[주1)]와 진단명[주2)]에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.

주1) 의료행위 : 의료행위란 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수"에서 정한 수가코드를 말합니다.
주2) 진단명 : 진단명이란 통계청에서 고시하는 "한국표준질병·사인분류"상의 분류번호를 말합니다.

주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)
신체부위나 질병특성에 따라 구분되는 질병군의 대분류를 말합니다.

수술 및 시술코드 확인 예시
• 수술 및 시술코드 확인

: 건강보험심사평가원 홈페이지(https://biz.hira.or.kr)의 모니터링 > 환자분류체계 > 입원환자분류체계 > 환자분류조회(또는 자료실 內 최신 환자분류프로그램)

• 확인 예시
- 진단코드 입력 : C20(직장의 악성신생물)
- 수가코드 입력 : Q2981(직장종양절제술(경항문접근))
- 수술 및 시술코드 확인 : G04100(경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양의 경우))
- 별표확인 : G041(7종)

④ 제3항의 「수술 및 시술코드」에서 향후 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」개정으로 동일한 수술 및 시술에 대해 「수술 및 시술코드」가 변경되는 경우 이 특별약관의 체결시점에서 정한 「수술 및 시술코드」를 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 「ADRG」가 신규 추가되는 경우 회사는 「1~8종 수술 및 시술 분류표」(【별표47】 참조)의 구분에 준하여 「수술 및 시술코드」를 결정합니다.

- 회사는 피보험자가 수술 및 시술 받은 시점에서 부여된 의료행위, 진단명 및 주진단범주(MDC) 등을 이 특별약관 체결시점의 "KDRG"기준에 적용합니다.
- 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술 및 시술코드를 기준으로 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

【예시】
이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술 및 시술코드는 A010(KDRG 버전4.4)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술 및 시술코드가 A080(KDRG 버전5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전4.4)에 해당하는 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

⑤ 제3항 내지 제4항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술 및 시술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술 및 시술은 보장에서 제외됩니다.

⑥ 제1항의 수술 및 시술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2021-13호, 2021.1.22.) 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

내 용	수가코드
체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용	HD111
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-선형가속기이용	HD112
뇌정위적방사선수술-감마나이프	HD113
뇌정위적방사선수술-사이버나이프	HD114
뇌정위적방사선수술-선형가속기	HD115
양성자치료[1회당]	HD121
체부정위적방사선수술[1회당]-사이버나이프이용	HD211
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-사이버나이프이용	HD212

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일

까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

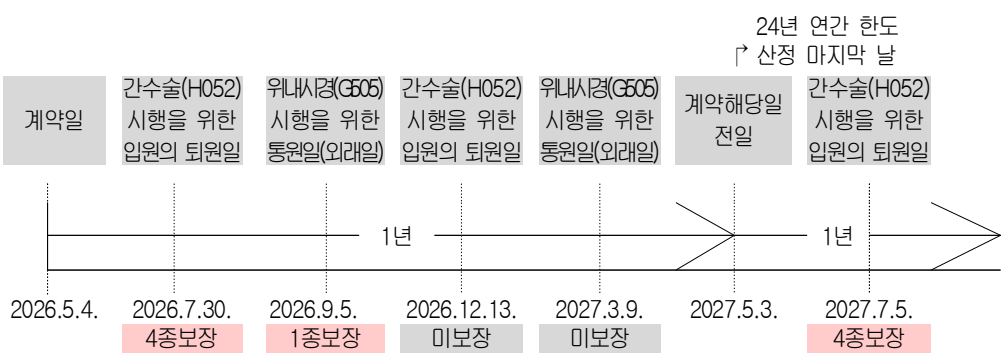
② 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술 및 시술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비세부내역서, 건강보험심사평가원 환자분류체계 등을 통해 확인되는 하나의 수술 및 시술코드에 한하여 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

유의사항

ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 "KDRG"에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성됩니다. 이 경우 외과적 우선순위는 「1~8종 수술 및 시술 분류표」(【별표47】 참조)의 수술 및 시술종류와 차이가 있을 수 있습니다.

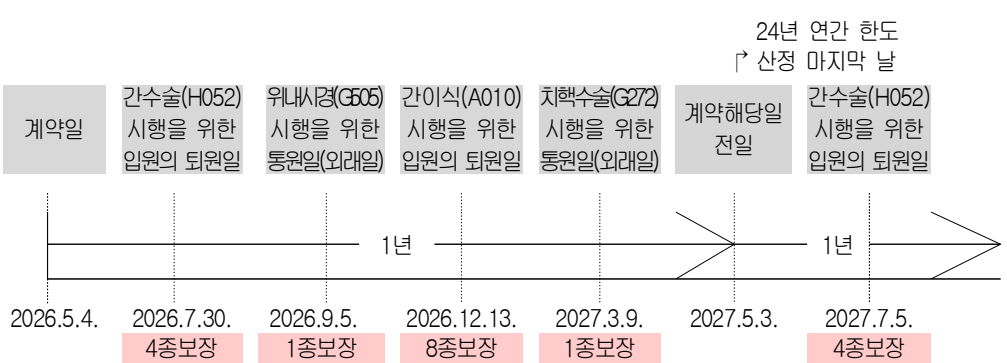
[보장예시1]

2026.7.30. **입원**으로 인한 간수술(H052) ⇒ 24년 **첫 번째** 입원수술 ⇒ 4종보장
2026.9.5. **통원**으로 인한 위내시경(G505) ⇒ 24년 **첫 번째** 통원수술 ⇒ 1종보장
2026.12.13. **입원**으로 인한 간수술(H052) ⇒ 24년 **두 번째** 입원수술 ⇒ 미보장
2027.3.9. **통원**으로 인한 위내시경(G505) ⇒ 24년 **두 번째** 통원수술 ⇒ 미보장
2027.7.5. **입원**으로 인한 간수술(H052) ⇒ 25년 **첫 번째** 입원수술 ⇒ 4종보장



[보장예시2]

2026.7.30. **입원**으로 인한 간수술(H052) ⇒ 24년 **첫 번째** 입원수술 ⇒ 4종보장
2026.9.5. **통원**으로 인한 위내시경(G505) ⇒ 24년 **첫 번째** 통원수술 ⇒ 1종보장
2026.12.13. **입원**으로 인한 간이식(A010) ⇒ 24년 **두 번째** 입원수술 ⇒ 8종보장
2027.3.9. **통원**으로 인한 치핵수술(G272) ⇒ 24년 **두 번째** 통원수술 ⇒ 1종보장
2027.7.5. **입원**으로 인한 간수술(H052) ⇒ 25년 **첫 번째** 입원수술 ⇒ 4종보장



③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술 및 시술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술 및 시술코드가 부여된 경우

에는 수술시술종류가 높은 하나의 수술 및 시술코드에 한하여 해당 종의 수술비(시술 포함)를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 보험금을 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 보험금에서 이미 지급한 보험금을 차감하고 지급합니다.

④ 제2항에도 불구하고 진료비 세부내역서 등을 통해 피보험자가 유방재건술과 유방절제술을 동시에 받은 것으로 확인되는 경우 회사는 유방재건술(J051,J052)이 아니라 유방절제술(J061,J062)에 해당하는 수술 및 시술코드가 발생한 것으로 보아 유방절제술(J061,J062)의 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

설명

피보험자가 입원을 하고 "유방재건술"과 "유방절제술"을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 ADRG는 "유방재건술(J051)"입니다. 다만, 이 경우 회사는 제4항에 따라 "유방재건술(J051)"에 해당하는 3종의 수술비(시술포함)가 아니라 "유방절제술(J061)"에 해당하는 7종의 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

⑤ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술 및 시술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑥ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 계속입원 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 상해1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)를 보장합니다.

⑦ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술 및 시술한 경우, 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술 및 시술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제2조(「수술 및 시술」의 정의와 장소)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

예시

자동차보험 또는 산재보험 등 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 아래의 진단명 및 의료행위를 받은 경우 회사는 제7항에 따라 "슬관절 및 하퇴골 골절 수술(I283)"에 해당하는 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

·진단명 : 경골 하단의 기타 골절(S82.38)

·의료행위 : 사지골절정복술[복잡골절포함]-관혈적-하퇴골-경골(N1604)

⑧ 제3항에도 불구하고 제7항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 이 수술 및 시술코드에 해당하는 수술비(시술 포함)와 제7항의 수술 및 시술코드에 해당하는 수술비(시술 포함)를 각각 지급합니다.

⑨「복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양제외)(N031)」, 「개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)(N032)」,「분만및유산후관련장애(수술시행)(O110)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제2조(「수술 및 시술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우

에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
7. 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
8. 상해를 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
9. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
10. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우

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

③ 회사는 「1~8종 수술 및 시술 분류표」(【별표47】 참조)의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.

④ 회사는 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.

제5조(보험금 등의 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)

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 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

22. 상해흉터복원수술비 특별약관

22-1. 상해흉터복원수술비(통합간편가입형) 특별약관
22-2. 상해흉터복원수술비 특별약관

22-1 및 22-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

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

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

제2조(용어의 정의)

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

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

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

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

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 상해흉터복원수술비는 하나의 사고에 대하여 500만원을 한도로 지급합니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.
②「상지」 또는 「하지」에 대하여는 3cm 이상인 경우에만 보험금을 지급합니다.
③ 길이측정이 불가한 식피술(피부이식수술) 등의 경우 수술cm는 최장직경으로 합니다.
④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제3조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

23. 상해흉터복원수술비(안면부) 특별약관

23-1. 상해흉터복원수술비(안면부)(통합간편가입형) 특별약관
23-2. 상해흉터복원수술비(안면부) 특별약관

23-1 및 23-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 상해흉터복원수술비(안면부) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로써 안면부에 외형상의 반흔

(흉터)이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우 아래와 같이 최대 수술길이에 따라 1사고당 아래의 금액을 지급

구 분	최대수술길이	지급금액
상해흉터복원수술비(안면부)	1cm이상 ~ 5cm미만	이 특별약관 보험가입금액의 30%
	5cm이상 ~ 10cm미만	이 특별약관 보험가입금액의 60%
	10cm이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(용어의 정의)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 안면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 최대 수술길이란 하나의 독립된 반흔(흉터)의 최대 길이를 기준으로 하며, 길이측정이 불가한 식피술(피부이식수술)등의 경우에는 반흔(흉터)을 벗어나지 않는 범위에서 측정한 최대 직선길이로 합니다.

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

용어의 정의

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

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 상해흉터복원수술비(안면부)는 하나의 사고로 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.

② 하나의 사고로 안면부 여러부위에 대한 성형수술을 받은 경우에는 여러부위의 수술 길이 중 최대 길이를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 해당하는 보험금을 지급합니다.

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

24. 종합병원 일반상해입원비(1일-180일) 특별약관

24-1. 종합병원 일반상해입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관
24-2. 종합병원 일반상해입원비(1일-180일) 특별약관

24-1 및 24-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

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

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

제2조(「용어」의 정의)

① 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 「종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

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

③ 이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

[의료법 제3조의3(종합병원)]

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

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.<개정 2010. 1. 18.>

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.<개정 2010. 1. 18.>

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 종합병원 일반상해입원비(1일-180일)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

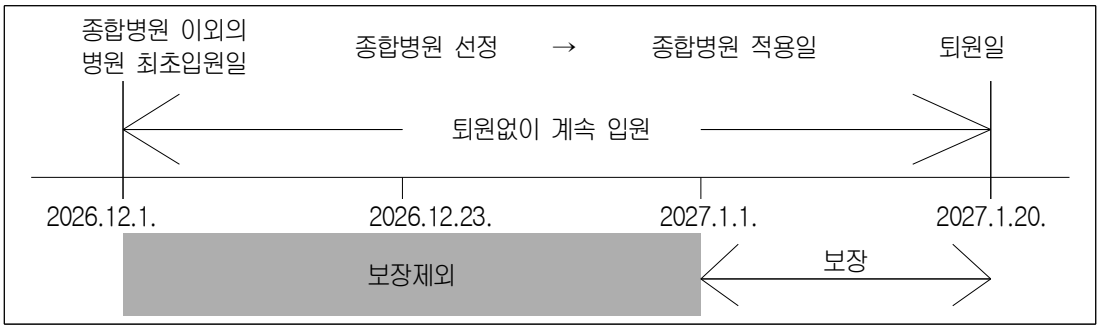
② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항 및 제2항에 따라 종합병원 일반상해입원비(1일-180일)를 계속 보장하여 드립니다.

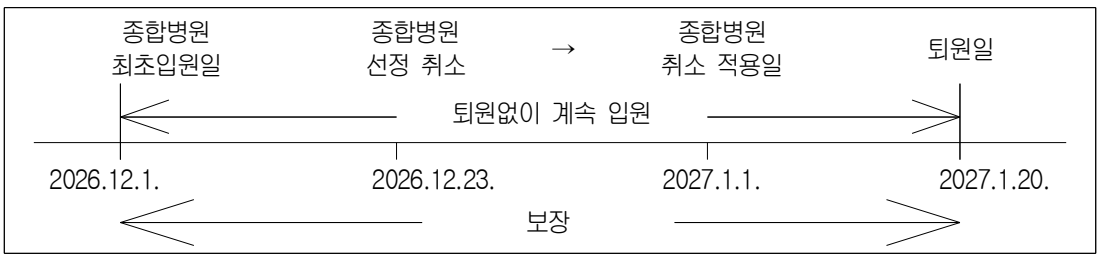
④ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료받던 중 「종합병원」에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 종합병원 일반상해입원비(1일-180일)를 지급합니다.

⑤ 피보험자가 「종합병원」에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「종합병원 이외의 병원」으로 이전하여 입원한 경우 해당 「종합병원」 퇴원일까지 종합병원 일반상해입원비(1일-180일)를 지급합니다.

⑥ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 종합병원 일반상해입원비(1일-180일)를 지급합니다.



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



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

⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

25. 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일) 특별약관

25-1. 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일)(통합간편가입형) 특별약관
25-2. 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일) 특별약관

25-1 및 25-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

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

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

제2조(용어의 정의)

① 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 「상급종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

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

③ 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.<개정 2010. 1. 18.>

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

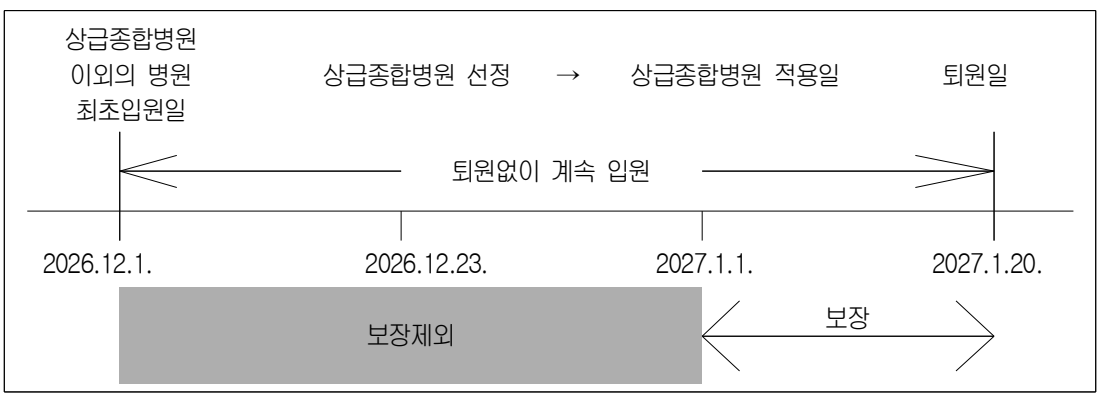
④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.<개정 2010. 1. 18.>

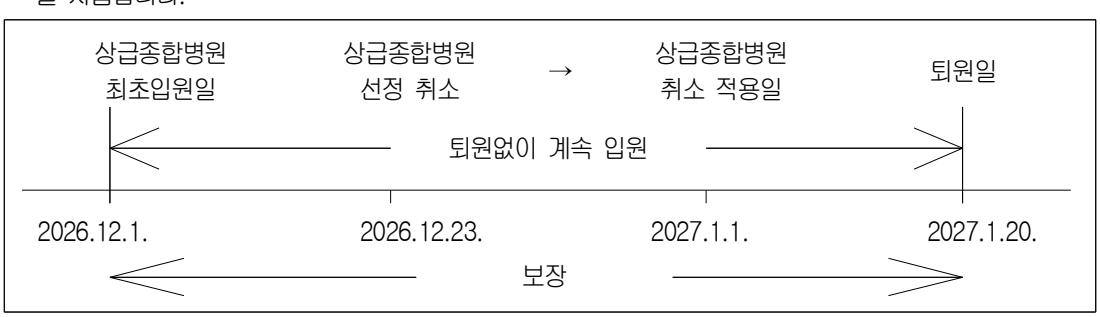
제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다.
③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일)를 계속 지급합니다.
④ 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료받던 중 「상급종합병원」에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일)를 지급합니다.
⑤ 피보험자가 「상급종합병원」에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「상급종합병원 이외의 병원」으로 이전하여 입원한 경우 해당 상급종합병원 퇴원일까지 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일)를 지급합니다.
⑥ 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일)를 지급합니다.



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



⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별

약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

26. 창상봉합술치료비(급여,연간3회한) 특별약관

26-1. 창상봉합술치료비(급여,연간3회한)(통합간편가입형) 특별약관
26-2. 창상봉합술치료비(급여,연간3회한) 특별약관

26-1 및 26-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 창상봉합술치료비(급여,연간3회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 「급여 창상봉합술」를 받은 경우 1일 1회, 연간 3회한도로 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액	
	창상봉합술(안면부)	창상봉합술(안면부 이외)
창상봉합술치료비(급여,연간3회한)	이 특별약관의 보험가입금액 (3cm이상 또는 근육에 달하는 것에 한함)	이 특별약관의 보험가입금액 (5cm이상 또는 근육에 달하는 것에 한함)

제2조(용어의 정의)

제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 안면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.

제3조(「급여 창상봉합술」의 정의)

① 이 특별약관에서 「급여 창상봉합술」 이라 함은 상해의 직접결과로써 「창상봉합술」 치료를 받은 경우를 말합니다. 「창상봉합술」이라 함은 「급여 창상봉합술 분류표」(【별표57】참조)에서 정한 「수가코드」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 제1항에도 불구하고 이 특별약관 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 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 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 제1항의 「급여 창상봉합술」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원('입원'을 포함합니다)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

27. 창상봉합술치료비(급여,안면부,연간3회한) 특별약관

27-1. 창상봉합술치료비(급여,안면부,연간3회한)(통합간편가입형) 특별약관
27-2. 창상봉합술치료비(급여,안면부,연간3회한) 특별약관

27-1 및 27-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 창상봉합술치료비(급여,안면부,연간3회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 그 치료

를 목적으로 「급여 안면부창상봉합술(3cm이상)」를 받은 경우 1일 1회, 연간3회한도로 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
창상봉합술치료비(급여,안면부,연간3회한)	이 특별약관의 보험가입금액

제2조(용어의 정의)

제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 안면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.

제3조(「급여 안면부창상봉합술(3cm이상)」의 정의)

① 이 특별약관에서 「급여 안면부창상봉합술(3cm이상)」 이라 함은 상해의 직접결과로써 「창상봉합술」 치료를 받은 경우를 말합니다. 「창상봉합술」이라 함은 「급여 안면부창상봉합술(3cm이상 또는 근육에 달하는 것) 분류표」(【별표58】 참조)에서 정한 「수가코드」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 제1항에도 불구하고 이 특별약관 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 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 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 제1항의 「급여 안면부창상봉합술(3cm이상)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원('입원'을 포함합니다)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의

사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

28. 일반상해후유장해(3~100%) 특별약관

28-1. 일반상해후유장해(3~100%)(통합간편가입형) 특별약관
28-2. 일반상해후유장해(3~100%) 특별약관
28-3. 일반상해후유장해(3~100%)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관
28-4. 일반상해후유장해(3~100%)(갱신형_20년) 특별약관

28-1 및 28-2는 비갱신형으로 운영하며,
28-3 및 28-4는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 일반상해후유장해(3~100%)보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해로 「장해 분류표」(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 3%이상 100%이하에 해당하는 후유장해 상태가 되었을 때 아래의 금액을 지급

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 「장해분류표」에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내

③「장해분류표」에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의

장해정도에 따라 「장해분류표」의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

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

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

예시 : 일반상해후유장해(3~100%) 가입금액 100만원 ○ 동일한 부위에 두개의 상해사고로 다음과 같이 진단을 받은 경우 · 하나의 상해사고로 30%후유장해 진단시 ⇒ 30%에 해당하는 보험금 지급 (30만원) · 또 다른 상해사고로 인해 동일한 부위에 60%후유장해 진단시 ⇒ 60%후유장해에 해당하는 보험금과 30%후유장해에 해당하는 보험금의 차액 지급 (60만원 - 30만원 = 30만원)

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

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제4조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

28-3. 일반상해후유장해(3~100%)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 및 28-4. 일반상해후유장해(3~100%)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

29. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일) 특별약관

29-1. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관
29-2. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일) 특별약관
29-3. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관
29-4. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관

29-1 및 29-2는 비갱신형으로 운영하며,
29-3 및 29-4는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 1일당 8시간 이상 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급
   다만, 간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 기 준	지 급 금 액
간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외) (1일당8시간이상)(1일-180일)	간병인 사용 1일당 8시간 이상	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)

※ 간병인의 사용은 1일을 기준으로 하며 간병인을 사용한 시점을 기준으로 매24시간을 1일로 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 8시간이상 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하나, 8시간 미만으로 사용한 경우에는 그러지 않습니다.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)」에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(간병인의 정의)

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

② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관

리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준「개인 간병 및 유사 서비스업」또는「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

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

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)>

① 간호・간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호・간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호・간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호・간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호・간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④「공공보건의료에 관한 법률」 제2조 제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호・간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호・간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호・간병통합서비스 제공기관은 간호・간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호・간병통합서비스의 제공・확대, 간호・간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사・치과의사 또는 한의사가 간호・간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관

2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인의 사용은 1일을 기준으로 하며 간병인을 사용한 시점을 기준으로 매24시간을 1일로 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 8시간이상 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하나, 8시간 미만으로 사용한 경우에는 그러지 않습니다.

[보장예시1]

· 보험계약일(보장개시일) : 202X년 4월 1일, 보험가입금액 : 5만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 202X년 4월 1일 ~ 202X년 4월 30일
- 간병인 사용기간 : 202X년 4월 10일 오후 8시 ~ 4월 13일 오전 11시

1일기준	202X년 4월		
	10일 오후 8시 ~ 11일 오후 8시 이전	11일 오후 8시 ~ 12일 오후 8시 이전	12일 오후 8시 ~ 13일 오후 8시 이전
간병인 사용시간	24시간	24시간	15시간
1일 8시간이상 사용여부	O	O	O

· 간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일) 지급금액 : 5만원 × 3일 : 15만원 지급

[보장예시2]

· 보험계약일(보장개시일) : 202X년 4월 1일, 보험가입금액 : 5만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 202X년 4월 1일 ~ 202X년 4월 30일
- 간병인 사용기간 : 202X년 4월 10일 오전 9시 ~ 4월 12일 오후 3시

1일기준	202X년 4월		
	10일 오전 9시 ~ 11일 오전 9시 이전	11일 오전 9시 ~ 12일 오전 9시 이전	12일 오전 9시 ~ 13일 오전 9시 이전
간병인 사용시간	24시간	24시간	6시간
1일 8시간이상 사용여부	O	O	X

· 4월 12일 오전 9시 ~ 13일 오전 이전 기준의 경우 간병인 사용시간이 6시간으로 8시간 이상 미충족

· 간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일) 지급금액 : 5만원 × 2일 : 10만원 지급

[보장예시3]
· 보험계약일(보장개시일) : 202X년 4월 1일, 보험가입금액 : 5만원
· 입원기간 및 간병인 사용일 예시
  - 입원기간 : 202X년 5월 1일 ~ 202X년 11월 30일
  - 간병인 사용기간 : 202X년 10월 26일 오후 9시 ~ 10월 29일 오전 8시

1일기준	202X년 10월		
	26일 오후 9시 ~ 27일 오후 9시 이전	27일 오후 9시 ~ 28일 오후 9시 이전 (180일째 입원일)	28일 오후 9시 ~ 29일 오후 9시 이전 (181일째 입원일)
간병인 사용시간	24시간	24시간	11시간
1일 8시간이상 사용여부	O	O	X

· 10월 28일부터 180일한도 초과로 보험금을 지급하지 않음
· 간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일) 지급금액 : 5만원 × 2일 : 10만원 지급

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다.
④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다.
⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
② 제1항 이외에도 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)은 지급하지 않습니다.

제7조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

29-3. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 및 29-4. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제8조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
  1. 청구서(회사양식)
  2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수

술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 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.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

30. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일-180일) 특별약관

30-1. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관
30-2. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일-180일) 특별약관
30-3. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일-180일)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관
30-4. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관

30-1 및 30-2는 비갱신형으로 운영하며,
30-3 및 30-4는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급

다만, 간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일-180일)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 금 액
간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일-180일)	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일-180일)」에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

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

제3조(간병인의 정의)

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

② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준「개인 간병 및 유사 서비스업」또는「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

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

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)>

① 간호・간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호・간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호・간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호・간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호・간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④「공공보건의료에 관한 법률」 제2조 제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호・간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호・간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호・간병통합서비스 제공기관은 간호・간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호・간병통합서비스의 제공・확대, 간호・간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사・치과의사 또는 한의사가 간호・간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 보험수익자와 회사가제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익

자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
② 제1항 이외에도 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일-180일)은 지급하지 않습니다.

제7조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

30-3. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일-180일)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 및 30-4. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제8조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
③ 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 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.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

31. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-180일) 특별약관

31-1. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관
31-2. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-180일) 특별약관
31-3. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-180일)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관
31-4. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관

31-1 및 31-2는 비갱신형으로 운영하며,
31-3 및 31-4는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(한방병원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급
   다만, 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-180일)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 금 액
간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-180일)	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-180일)」에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원(한방병원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)>

① 간호・간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호・간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호・간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호・간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호・간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④「공공보건의료에 관한 법률」 제2조 제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호・간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호・간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호・간병통합서비스 제공기관은 간호・간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호・간병통합서비스의 제공・확대, 간호・간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사・치과의사 또는 한의사가 간호・간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 보험수익자와 회사가제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익

자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

31-3. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-180일)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 및 31-4. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제7조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

32. 상해재활치료비(급여_연간20회한) 특별약관

32-1. 상해재활치료비(급여_연간20회한)(통합간편가입형) 특별약관
32-2. 상해재활치료비(급여_연간20회한) 특별약관

32-1 및 32-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 상해재활치료비(급여_연간20회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 입원 중에 제2조(「상해재활치료(급여)」의 정의)의 「상해재활치료(급여)」를 받은 경우(이하 「입원 상해재활치료(급여)」라 합니다) 또는 통원하여 제2조(「상해재활치료(급여)」의 정의)의 「상해재활치료(급여)」를 받은 경우(이하 「통원 상해재활치료(급여)」라 합니다) 각각 1일 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
상해재활치료비(급여_연간20회한)	이 특별약관 보험가입금액(연간 20회한)

② 제1항에도 불구하고 「입원 상해재활치료(급여)」와 「통원 상해재활치료(급여)」를 합산하여 연간 20회 한도로 보장합니다.

제2조(「상해재활치료(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서 「상해재활치료(급여)」라 함은 상해로 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 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 급여 진료행위를 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 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 상해재활치료(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 제1항의 「상해재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에도 불구하고 상해 진단을 받은 피보험자가 질병으로 제1항의「상해재활치료(급여)」를 받은 경우에는 보장하지 않습니다.

제3조(「입원」 및 「통원」의 정의와 장소)

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

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여「상해」의 치료가 필요하다고 인정된 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.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료확인서(“재활치료의 원인” 필수기재), 진단서, 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출한 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급 받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

33. 종합병원 1인실(특실포함) 일반상해입원비(1일-30일) 특별약관

33-1. 종합병원 1인실(특실포함) 일반상해입원비(1일-30일)(통합간편가입형) 특별약관
33-2. 종합병원 1인실(특실포함) 일반상해입원비(1일-30일) 특별약관

33-1 및 33-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 종합병원 1인실(특실포함) 일반상해입원비(1일-30일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원 1인실(특실포함)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
종합병원 1인실(특실포함) 일반상해입원비(1일-30일)	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(30일한도)

제2조(용어의 정의)

① 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 「종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

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

③ 이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

④ 이 특별약관에서 「1인실」이라 함은 「특실」병실도 포함하며, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 병실만을 대상으로 합니다.

[의료법 제3조의3(종합병원)]

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

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.<개정 2010. 1. 18.>

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.<개정 2010. 1. 18.>

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 종합병원 1인실(특실포함) 일반상해입원비(1일-30일)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다. 이 경우 「종합병원 1인실」에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

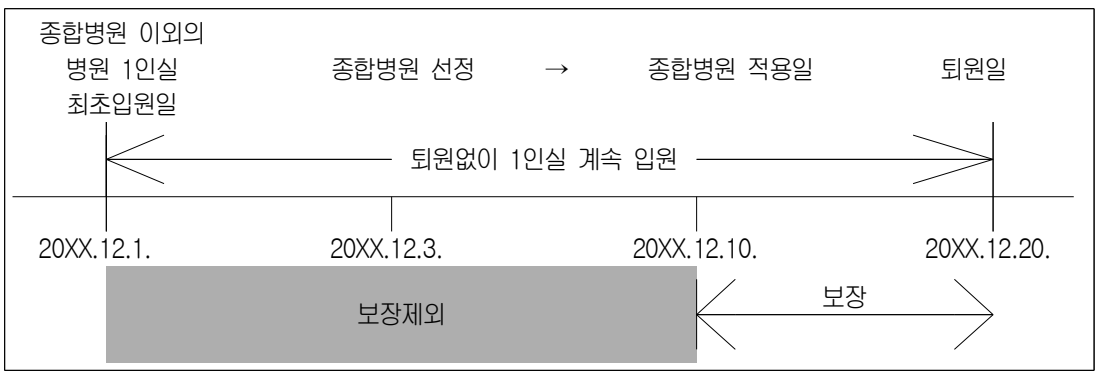
② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 「종합병원 1인실」에 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항 및 제2항에 따라 종합병원 1인실(특실포함) 일반상해입원비(1일-30일)를 계속 보장하여 드립니다.

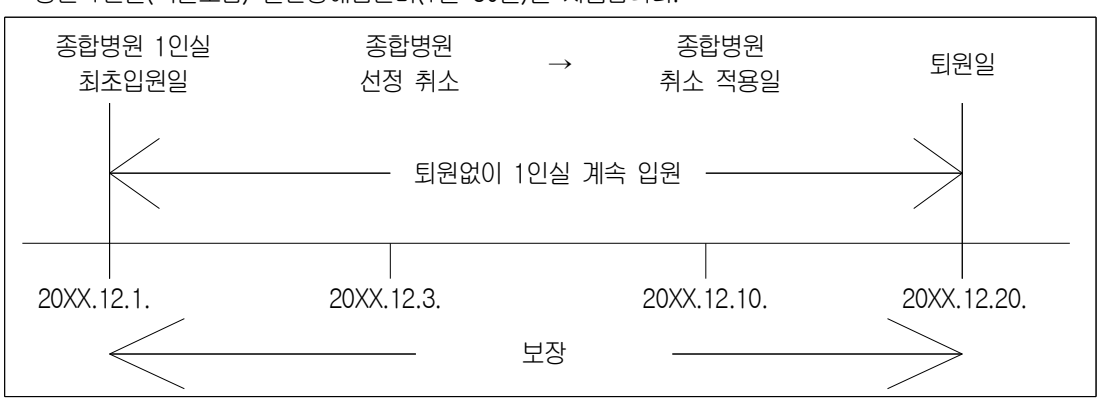
④ 피보험자가 「종합병원 1인실 이외의 병실」에 입원하여 치료받던 중 「종합병원 1인실」로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 종합병원 1인실(특실포함) 일반상해입원비(1일-30일)를 지급합니다.

⑤ 피보험자가 「종합병원 1인실」에 입원하여 치료를 받던 중 「종합병원 1인실 이외의 병실」로 이전하여 입원한 경우 해당 「종합병원 1인실」 퇴원일까지 종합병원 1인실(특실포함) 일반상해입원비(1일-30일)를 지급합니다.

⑥ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원의 1인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 종합병원 1인실(특실포함) 일반상해입원비(1일-30일)를 지급합니다.



⑦ 피보험자가 「종합병원 1인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하거나 최초로 1인실 이외의 병실로 변경하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 종합병원 1인실(특실포함) 일반상해입원비(1일-30일)를 지급합니다.



⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 종합병원 1인실(특실포함) 일반상해입원비(1일-30일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

34. 상급종합병원 1인실(특실포함) 일반상해입원비(1일-30일) 특별약관

34-1. 상급종합병원 1인실(특실포함) 일반상해입원비(1일-30일)(통합간편가입형) 특별약관
34-2. 상급종합병원 1인실(특실포함) 일반상해입원비(1일-30일) 특별약관

34-1 및 34-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 상급종합병원 1인실(특실포함) 일반상해입원비(1일-30일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원 1인실(특실포함)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
상급종합병원 1인실(특실포함) 일반상해입원비(1일-30일)	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(30일한도)

제2조(용어의 정의)

① 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 「상급종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

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

③ 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「1인실」이라 함은 「특실」병실도 포함하며, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 병실만을 대상으로 합니다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.<개정 2010. 1. 18.>

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.<개정 2010. 1. 18.>

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 상급종합병원 1인실(특실포함) 일반상해입원비(1일-30일)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다. 이 경우 「상급종합병원 1인실」에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

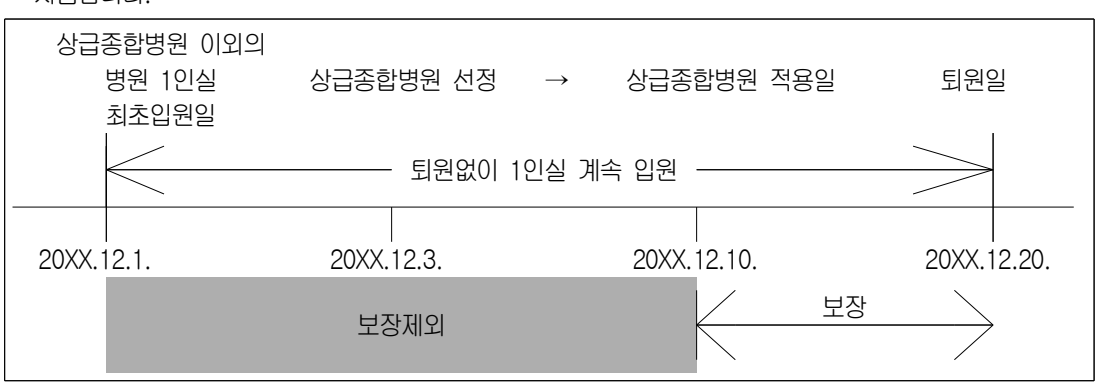
② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 「상급종합병원 1인실」에 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항 및 제2항에 따라 상급종합병원 1인실(특실포함) 일반상해입원비(1일-30일)를 계속 보장하여 드립니다.

④ 피보험자가 「상급종합병원 1인실 이외의 병실」에 입원하여 치료받던 중 「상급종합병원 1인실」로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 상급종합병원 1인실(특실포함) 일반상해입원비(1일-30일)를 지급합니다.

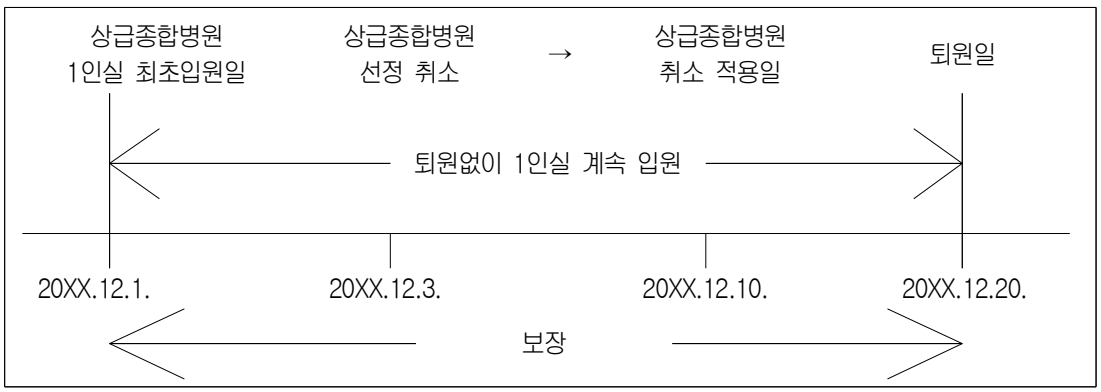
⑤ 피보험자가 「상급종합병원 1인실」에 입원하여 치료를 받던 중 「상급종합병원 1인실 이외의 병실」로 이전하여 입원한 경우 해당 「상급종합병원 1인실」 퇴원일까지 상급종합병원 1인실(특실포함) 일반상해입원비(1일-30일)를 지급합니다.

⑥ 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원의 1인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 상급종합병원 1인실(특실포함) 일반상해입원비(1일-30일)를 지급합니다.



⑦ 피보험자가 「상급종합병원 1인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이

취소된 경우 최초로 퇴원하거나 최초로 1인실 이외의 병실로 변경하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 상급종합병원 1인실(특실포함) 일반상해입원비(1일-30일)를 지급합니다.



⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상급종합병원 1인실(특실포함) 일반상해입원비(1일-30일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

35. 종합병원 상해수술비 특별약관

35-1. 종합병원 상해수술비(통합간편가입형) 특별약관
35-2. 종합병원 상해수술비 특별약관

35-1 및 35-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 종합병원 상해수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 급격, 우연, 외래의 상해사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 종합병원에서 수술을 받은 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
종합병원 상해수술비	1사고당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(「종합병원」의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

용어의 정의

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

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

36. 상급종합병원 상해수술비 특별약관

36-1. 상급종합병원 상해수술비(통합간편가입형) 특별약관
36-2. 상급종합병원 상해수술비 특별약관

36-1 및 36-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 상급종합병원 상해수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 급격, 우연, 외래의 상해사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 상급종합병원에서 수술을 받은 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
상급종합병원 상해수술비	1사고당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(「상급종합병원」의 정의)

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

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

용어의 정의

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

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계

수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

37. 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(181일이상) 특별약관

37-1. 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(181일이상)(통합간편가입형) 특별약관
37-2. 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(181일이상) 특별약관

37-1 및 37-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(181일이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 181일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 181일째 입원일로부터 입원 1일당 아래의 금액을 지급합니다. 다만, 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(181일이상)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 금 액
일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(181일이상)	181일째 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(185일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 의료기관은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입

원일수를 더합니다.

제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(181일이상)의 지급일수는 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 180일을 초과하여 입원한 날만을 기준으로 하며, 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

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

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급합니다.

④ 피보험자가 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급합니다.

⑤ 피보험자가「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 해당「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다) 퇴원일까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

38. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상) 특별약관

38-1. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상)(통합간편가입형) 특별약관
38-2. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상) 특별약관
38-3. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관
38-4. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상)(갱신형_20년) 특별약관

38-1 및 38-2는 비갱신형으로 운영하며,
38-3 및 38-4는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 입원하여 치료를 받으며제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한「연간 간병인 사용금액 총액」이 200만원 이상인 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급합니다.

연간 간병인 사용금액 총액	지 급 금 액
200만원이상 300만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
300만원이상 500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 15%
500만원이상 700만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%
700만원이상 1,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 35%
1,000만원이상 1,500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
1,500만원이상 2,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 75%
2,000만원이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 간병인 사용금액은 1일당 25만원을 한도로 합니다.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

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

② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)를 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 「연간 간병인 사용금액 총액」을 적용합니다.

제3조(「요양병원」의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료

기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준「개인 간병 및 유사 서비스업」또는「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

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

제5조(「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 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험년도가 변경된 경우에도 해당 상해로 최초입원한 날에 해당하는 「연간 간병인 사용금액 총액」에 합산하여 적용합니다.

[연간 간병인 사용금액 총액 계산 예시 - 보험가입금액 200만원 가입시]

예시1)

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 5월 1일

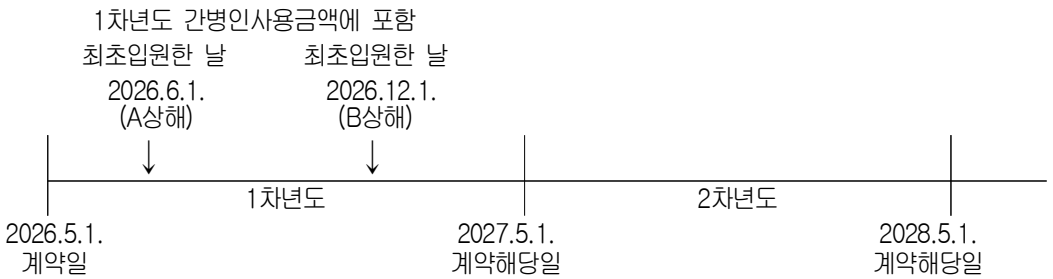
A상해	- 입원기간 : 2026년 6월 1일 ~ 6월 30일(30일) - 간병인 사용기간 : 2026년 6월 11일 ~ 6월 17일(7일) - 간병인 사용금액 : 70만원 → 1일당 평균사용금액 10만원이므로 1일당 10만원 적용
B상해	- 입원기간 : 2026년 12월 1일 ~ 12월 30일(30일) - 간병인 사용기간 : 2026년 12월 4일 ~ 12월 13일(10일) - 간병인 사용금액 : 300만원 → 1일당 평균사용금액 30만원이므로 1일당 25만원 적용

· (A상해) : 1일당 평균 10만원 사용으로 1일당 10만원 적용
(10만원 X 7일 = 70만원)

· (B상해) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 10일 = 250만원)

→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A상해) 70만원 + (B상해) 250만원 = 320만원

⇒ <u>보험가입금액의 15% 지급. 1차년도 지급금액 : 30만원</u>



예시2)

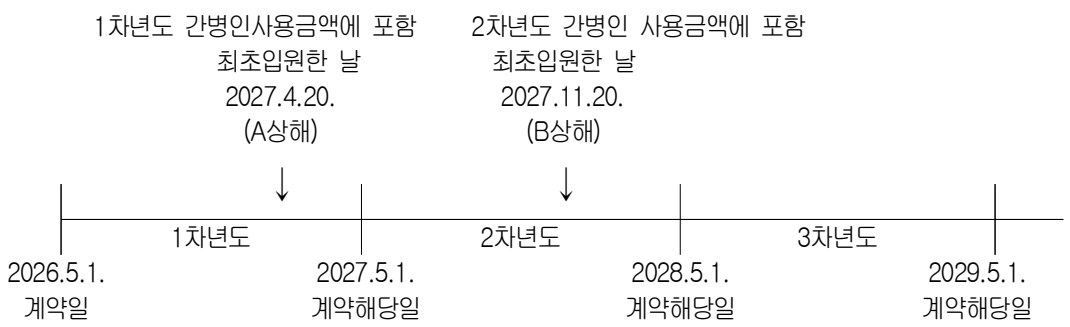
· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 5월 1일

A상해	- 입원기간 : 2027년 4월 20일 ~ 5월 19일(30일) - 간병인 사용기간 : 2027년 4월 25일 ~ 5월 14일(20일) - 간병인 사용금액 : 400만원 → 1일당 평균사용금액 20만원이므로 1일당 20만원 적용
B상해	- 입원기간 : 2027년 11월 20일 ~ 12월 19일(30일) - 간병인 사용기간 : 2027년 11월 25일 ~ 12월 14일(20일) - 간병인 사용금액 : 600만원 → 1일당 평균사용금액 30만원이므로 1일당 25만원 적용

입원기간 중 보험년도 변경시 최초입원한 날의 보험년도 간병인 사용금액 총액에 합산함.

· (A상해) : 1일당 평균 20만원 사용으로 1일당 20만원 적용
(20만원 X 20일 = 400만원)
→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A상해) 400만원
⇒ <u>보험가입금액의 15% 지급. 1차년도 지급금액 : 30만원</u>

· (B상해) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 20일 = 500만원)
→ 2차년도 간병인 사용금액 총액 : (B상해) 500만원
⇒ <u>보험가입금액의 25% 지급. 2차년도 지급금액 : 50만원</u>



예시3)

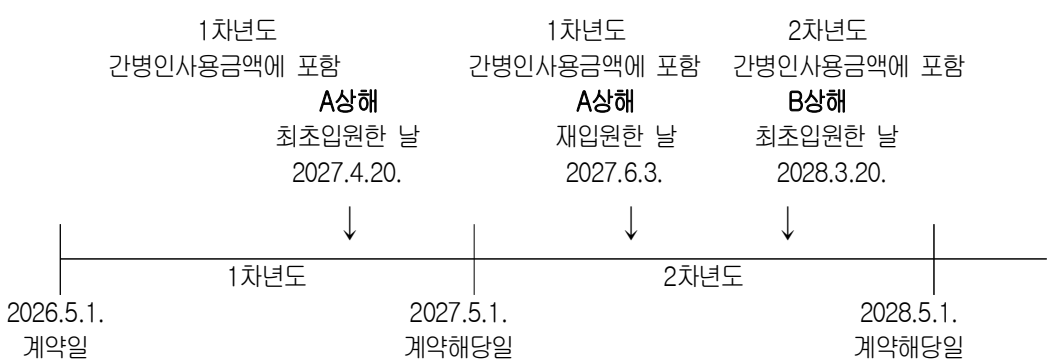
· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 5월 1일

A상해	- 입원기간 : 2027년 4월 20일 ~ 5월 2일, 2027년 6월 3일 ~ 6월 17일 - 간병인 사용기간 및 간병인 사용금액 : 총 640만원(20일) · 2027년 4월 21일 ~ 4월 28일(8일), 사용금액 400만원 · 2027년 6월 5일 ~ 6월 16일(12일), 사용금액 240만원 → 1일당 평균사용금액이 32만원이므로 1일당 25만원 적용
B상해	- 입원기간 : 2028년 3월 20일 ~ 4월 5일 - 간병인 사용기간 : 2028년 3월 22일 ~ 3월 31일(10일) - 간병인 사용금액 : 300만원 → 1일당 평균사용금액이 30만원이므로 1일당 25만원 적용

같은 상해로 2회이상 입원시 최초입원한 날 보험년도의 간병인 사용금액 총액에 합산함.

· (A상해) : 1일당 평균사용금액이 32만원이므로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 20일 = 500만원)
→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A상해) 500만원
⇒ <u>보험가입금액의 25% 지급. 1차년도 지급금액 : 50만원</u>

· (B상해) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 10일 = 250만원)
→ 2차년도 간병인 사용금액 총액 : (B상해) 250만원
⇒ <u>보험가입금액의 10% 지급. 2차년도 지급금액 : 20만원</u>



제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

② 제5조(「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 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 해당 보험금 청구일 이후 「연간 간병인 사용금액 총액」이 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다. 한편, 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.

③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 「연간 간병인 사용금액 총액」을 적용합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속하여 보장합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
② 제1항 이외에도 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상)은 지급하지 않습니다.

제8조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

38-3. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 및 38-4. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제9조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 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.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

39. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상) 특별약관

39-1. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상)(통합간편가입형) 특별약관
39-2. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상) 특별약관
39-3. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관
39-4. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상)(갱신형_20년) 특별약관

39-1 및 39-2는 비갱신형으로 운영하며,
39-3 및 39-4는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 입원하여 치료를 받으며제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 「연간 간병인 사용금액 총액」이 200만원 이상인 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급합니다.

연간 간병인 사용금액 총액	지 급 금 액
200만원이상 300만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
300만원이상 500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 15%
500만원이상 700만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%
700만원이상 1,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 35%
1,000만원이상 1,500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
1,500만원이상 2,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 75%
2,000만원이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 간병인 사용금액은 1일당 25만원을 한도로 합니다.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

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

② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 「연간 간병인 사용금액 총액」을 적용합니다.

제3조(「요양병원」의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

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

② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준「개인 간병 및 유사 서비스업」또는「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

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

제5조(「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 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험년도가 변경된 경우에도 해당 상해로 최초입원한 날에 해당하는 「연간 간병인 사용금액 총액」에 합산하여 적용합니다.

[연간 간병인 사용금액 총액 계산 예시 - 보험가입금액 200만원 가입시]

예시1)

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 5월 1일

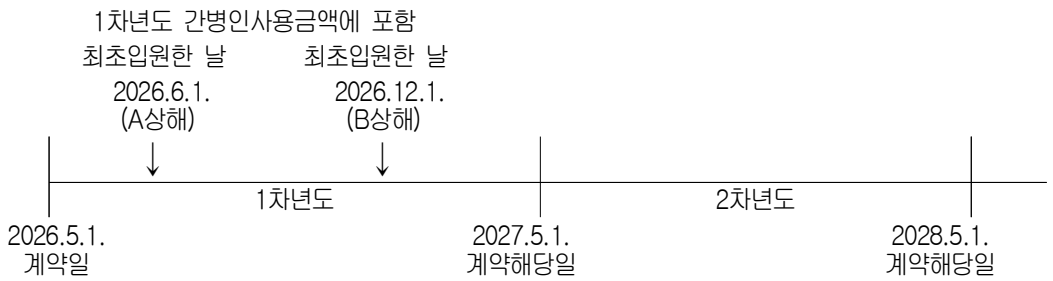
A상해	- 입원기간 : 2026년 6월 1일 ~ 6월 30일(30일) - 간병인 사용기간 : 2026년 6월 11일 ~ 6월 17일(7일) - 간병인 사용금액 : 70만원 → 1일당 평균사용금액 10만원이므로 1일당 10만원 적용
B상해	- 입원기간 : 2026년 12월 1일 ~ 12월 30일(30일) - 간병인 사용기간 : 2026년 12월 4일 ~ 12월 13일(10일) - 간병인 사용금액 : 300만원 → 1일당 평균사용금액 30만원이므로 1일당 25만원 적용

· (A상해) : 1일당 평균 10만원 사용으로 1일당 10만원 적용
(10만원 X 7일 = 70만원)

· (B상해) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 10일 = 250만원)

→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A상해) 70만원 + (B상해) 250만원 = 320만원

⇒ <u>보험가입금액의 15% 지급. 1차년도 지급금액 : 30만원</u>



예시2)

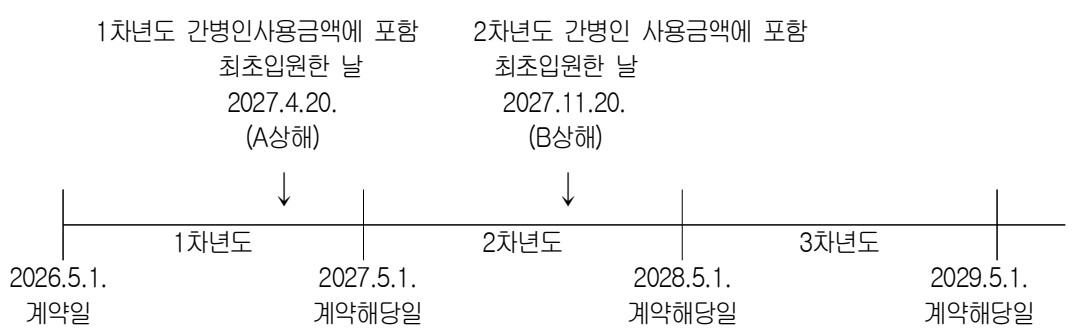
· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 5월 1일

A상해	- 입원기간 : 2027년 4월 20일 ~ 5월 19일(30일) - 간병인 사용기간 : 2027년 4월 25일 ~ 5월 14일(20일) - 간병인 사용금액 : 400만원 → 1일당 평균사용금액 20만원이므로 1일당 20만원 적용
B상해	- 입원기간 : 2027년 11월 20일 ~ 12월 19일(30일) - 간병인 사용기간 : 2027년 11월 25일 ~ 12월 14일(20일) - 간병인 사용금액 : 600만원 → 1일당 평균사용금액 30만원이므로 1일당 25만원 적용

입원기간 중 보험년도 변경시 최초입원한 날의 보험년도 간병인 사용금액 총액에 합산함.

· (A상해) : 1일당 평균 20만원 사용으로 1일당 20만원 적용
(20만원 X 20일 = 400만원)
→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A상해) 400만원
⇒ <u>보험가입금액의 15% 지급. 1차년도 지급금액 : 30만원</u>

· (B상해) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 20일 = 500만원)
→ 2차년도 간병인 사용금액 총액 : (B상해) 500만원
⇒ <u>보험가입금액의 25% 지급. 2차년도 지급금액 : 50만원</u>



예시3)

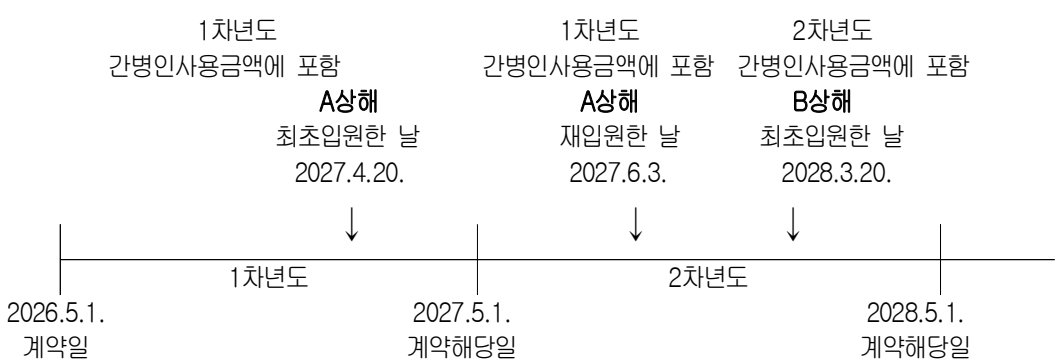
· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 5월 1일

A상해	- 입원기간 : 2027년 4월 20일 ~ 5월 2일, 2027년 6월 3일 ~ 6월 17일 - 간병인 사용기간 및 간병인 사용금액 : 총 640만원(20일) · 2027년 4월 21일 ~ 4월 28일(8일), 사용금액 400만원 · 2027년 6월 5일 ~ 6월 16일(12일), 사용금액 240만원 → 1일당 평균사용금액이 32만원이므로 1일당 25만원 적용
B상해	- 입원기간 : 2028년 3월 20일 ~ 4월 5일 - 간병인 사용기간 : 2028년 3월 22일 ~ 3월 31일(10일) - 간병인 사용금액 : 300만원 → 1일당 평균사용금액이 30만원이므로 1일당 25만원 적용

같은 상해로 2회이상 입원시 최초입원한 날 보험년도의 간병인 사용금액 총액에 합산함.

· (A상해) : 1일당 평균사용금액이 32만원이므로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 20일 = 500만원)
→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A상해) 500만원
⇒ <u>보험가입금액의 25% 지급. 1차년도 지급금액 : 50만원</u>

· (B상해) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 10일 = 250만원)
→ 2차년도 간병인 사용금액 총액 : (B상해) 250만원
⇒ <u>보험가입금액의 10% 지급. 2차년도 지급금액 : 20만원</u>



제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

② 제5조(「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 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 해당 보험금 청구일 이후 「연간 간병인 사용금액 총액」이 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다. 한편, 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.

③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 「연간 간병인 사용금액 총액」을 적용합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속하여 보장합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
② 제1항 이외에도 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상)은 지급하지 않습니다.

제8조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

39-3. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 및 39-4. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제9조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 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.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

40. 종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일-30일) 특별약관

40-1. 종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일-30일)(통합간편가입형) 특별약관
40-2. 종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일-30일) 특별약관

45-1 및 45-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일-30일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원 2~3인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일-30일)	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(30일한도)

제2조(「용어」의 정의)

① 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 「종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 「종합병원 2~3인실」을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

[의료법 제3조의3(종합병원)]

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

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

[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. 제77조 제1항에 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.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일-30일)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다. 이 경우 「종합병원 2~3인실」에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

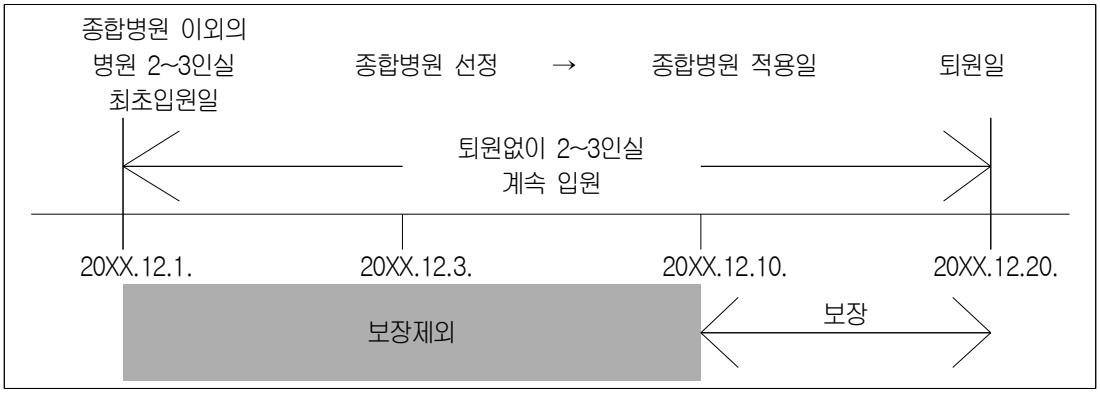
② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 「종합병원 2~3인실」에 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항 및 제2항에 따라 종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일-30일)를 계속 보장하여 드립니다.

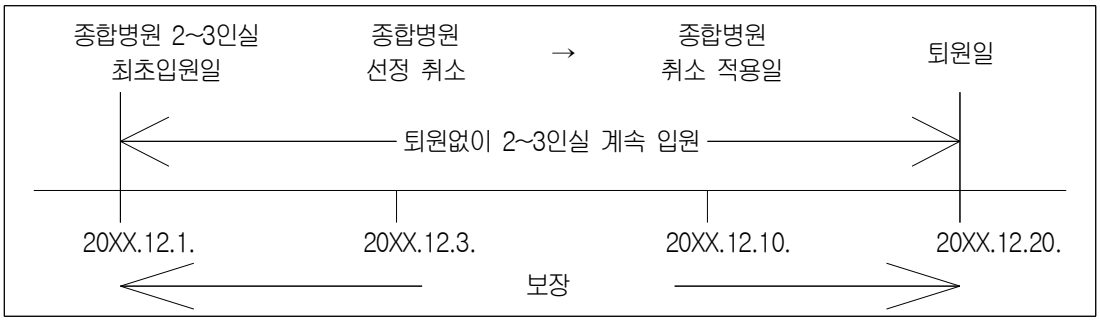
④ 피보험자가 「종합병원 2~3인실 이외의 병실」에 입원하여 치료받던 중 「종합병원 2~3인실」로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일-30일)를 지급합니다.

⑤ 피보험자가 「종합병원 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 「종합병원 2~3인실 이외의 병실」로 이전하여 입원한 경우 해당 「종합병원 2~3인실」 퇴원일까지 종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일-30일)를 지급합니다.

⑥ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원의 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일-30일)를 지급합니다.



⑦ 피보험자가 「종합병원 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하거나 최초로 2~3인실 이외의 병실로 변경하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일-30일)를 지급합니다.



⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일-30일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

41. 상급종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일-30일) 특별약관

41-1. 상급종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일-30일)(통합간편가입형) 특별약관
41-2. 상급종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일-30일) 특별약관

41-1 및 41-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 상급종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일-30일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원 2~3인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
상급종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일-30일)	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(30일한도)

제2조(용어의 정의)

① 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 「상급종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 「상급종합병원 2~3인실」을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

[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. 제77조 제1항에 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.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 상급종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일-30일)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다. 이 경우 「상급종합병원 2~3인실」에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

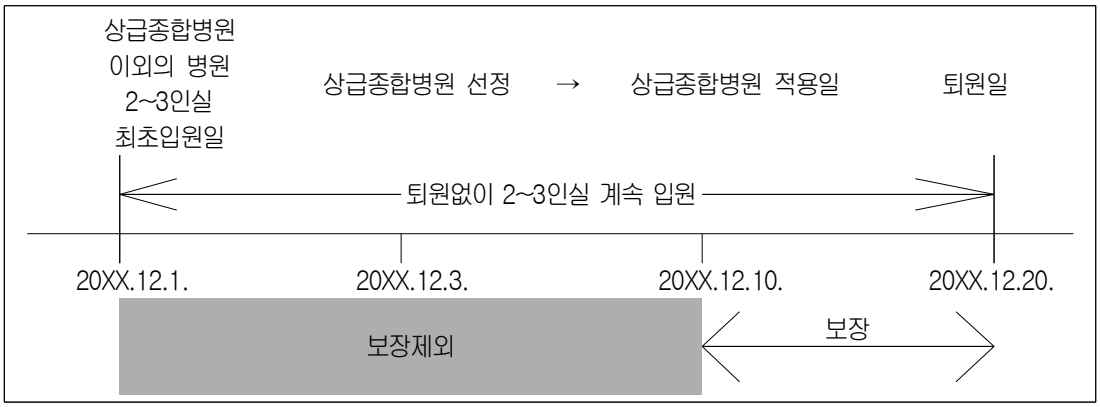
② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 「상급종합병원 2~3인실」에 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항 및 제2항에 따라 상급종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일-30일)를 계속 보장하여 드립니다.

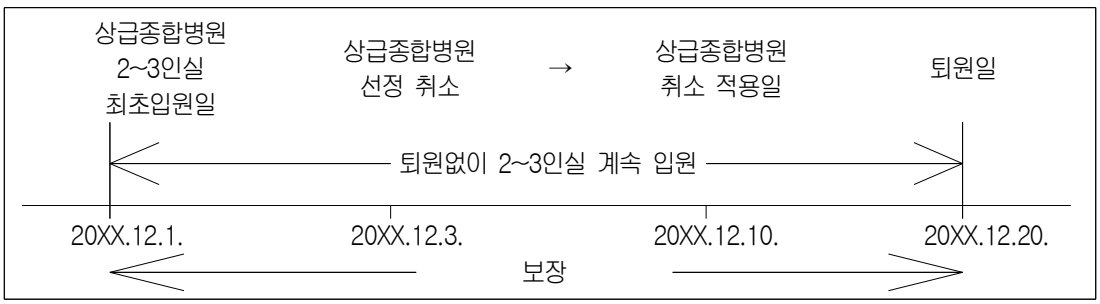
④ 피보험자가 「상급종합병원 2~3인실 이외의 병실」에 입원하여 치료받던 중 「상급종합병원 2~3인실」로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 상급종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일-30일)를 지급합니다.

⑤ 피보험자가 「상급종합병원 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 「상급종합병원 2~3인실 이외의 병실」로 이전하여 입원한 경우 해당 「상급종합병원 2~3인실」 퇴원일까지 상급종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일-30일)를 지급합니다.

⑥ 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원의 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 상급종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일-30일)를 지급합니다.



⑦ 피보험자가 「상급종합병원 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하거나 최초로 2~3인실 이외의 병실로 변경하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 상급종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일-30일)를 지급합니다.



⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상급종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일-30일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

42. 상해수술비(치아파절 및 치아탈구제외) 특별약관

42-1. 상해수술비(치아파절 및 치아탈구제외)(통합간편가입형) 특별약관
42-2. 상해수술비(치아파절 및 치아탈구제외) 특별약관

42-1 및 42-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 상해수술비(치아파절 및 치아탈구제외) : 이 특별약관의 보험기간 중에 급격, 우연, 외래의 상해사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 수술을 받은 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
상해수술비(치아파절 및 치아탈구제외)	1사고당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

용어의 정의

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 하나의 사고로 두 종류 이상의 상해수술을 받거나 같은 종류의 상해수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 상해수술비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제2조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
② 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 상해수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.
1. 치아의 파절(S02.5)
2. 치아의 탈구(S03.2)

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 아래 목적의 치료를 위한 상해수술비에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

43. 간병인사용 일반상해입원비(종합병원)(1일-180일) 특별약관

43-1. 간병인사용 일반상해입원비(종합병원)(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관
43-2. 간병인사용 일반상해입원비(종합병원)(1일-180일) 특별약관

43-1 및 43-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합

니다.

1. 간병인사용 일반상해입원비(종합병원)(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.
   다만, 간병인사용 일반상해입원비(종합병원)(1일-180일)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 기 준	지 급 금 액
간병인사용 일반상해입원비(종합병원) (1일-180일)	간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%
	간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액

※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.
※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 「종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

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

③ 이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제3조(간병인의 정의)

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

② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

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

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 일반상해입원비(종합병원)(1일-180일)에서 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 이때, 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다.

<간병인사용 일반상해입원비(종합병원)(1일-180일) 계산예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 202X년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원
· 입원기간 및 간병인 사용일 예시
  - 입원기간 : 202X년 4월 1일 ~ 202X년 4월 30일
  - 간병인 사용일 및 사용금액
    · 202X년 4월 10일 ~ 4월 17일 사용 : 총 사용일수 8일, 총사용금액 88만원,
      1일당 평균 7만원 이상에 해당.
      → 2만원 × 8일 = 16만원 지급
    · 202X년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 사용
      : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당
      → 1만원 × 8일 = 8만원 지급
· 간병인사용 일반상해입원비(종합병원)(1일-180일) 지급금액
  : 간병인 사용일수 16일, 보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

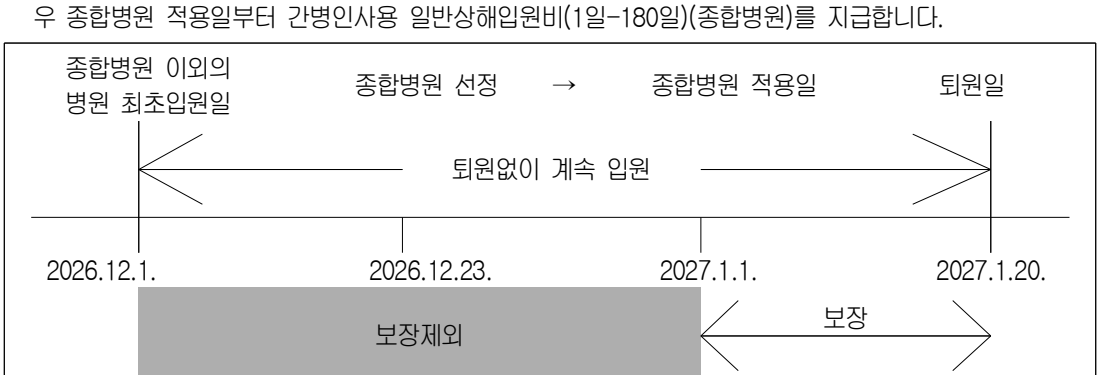
③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다.

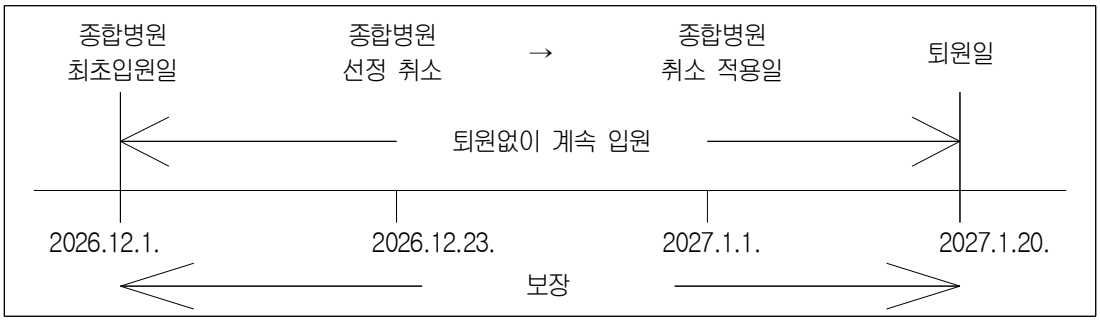
⑤ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료받던 중 「종합병원」에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 간병인사용 일반상해입원비(종합병원)(1일-180일)를 지급합니다.

⑥ 피보험자가 「종합병원」에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「종합병원 이외의 병원」으로 이전하여 입원한 경우 해당 「종합병원」 퇴원일까지 간병인사용 일반상해입원비(종합병원)(1일-180일)를 지급합니다.

⑦ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 간병인사용 일반상해입원비(1일-180일)(종합병원)를 지급합니다.



⑧ 피보험자가 「종합병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 종합병원 간병인사용 일반상해입원비(1일-180일)를 지급합니다.



⑨ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 일반상해입원비(종합병원)(1일-180일)는 지급하지 않습니다.

제6조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 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.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

44. 간병인사용 일반상해입원비(상급종합병원)(1일-180일) 특별약관

44-1. 간병인사용 일반상해입원비(상급종합병원)(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관
44-2. 간병인사용 일반상해입원비(상급종합병원)(1일-180일) 특별약관

44-1 및 44-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 간병인사용 일반상해입원비(상급종합병원)(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.
   다만, 간병인사용 일반상해입원비(상급종합병원)(1일-180일)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 기 준	지 급 금 액
간병인사용 일반상해입원비(상급종합병원)(1일-180일)	간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%
	간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액

※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.
※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

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

원을 말합니다.

제3조(간병인의 정의)

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

② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 일반상해입원비(상급종합병원)(1일-180일)에서 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 이때, 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다.

<간병인사용 일반상해입원비(상급종합병원)(1일-180일) 계산예시>
· 보험계약일(보장개시일) : 202X년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원 · 입원기간 및 간병인 사용일 예시 - 입원기간 : 202X년 4월 1일 ~ 202X년 4월 30일 - 간병인 사용일 및 사용금액 · 202X년 4월 10일 ~ 4월 17일 사용 : 총 사용일수 8일, 총사용금액 88만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당. → 2만원 × 8일 = 16만원 지급 · 202X년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 사용 : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당 → 1만원 × 8일 = 8만원 지급 · 간병인사용 일반상해입원비(상급종합병원)(1일-180일) 지급금액 : 간병인 사용일수 16일, 보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

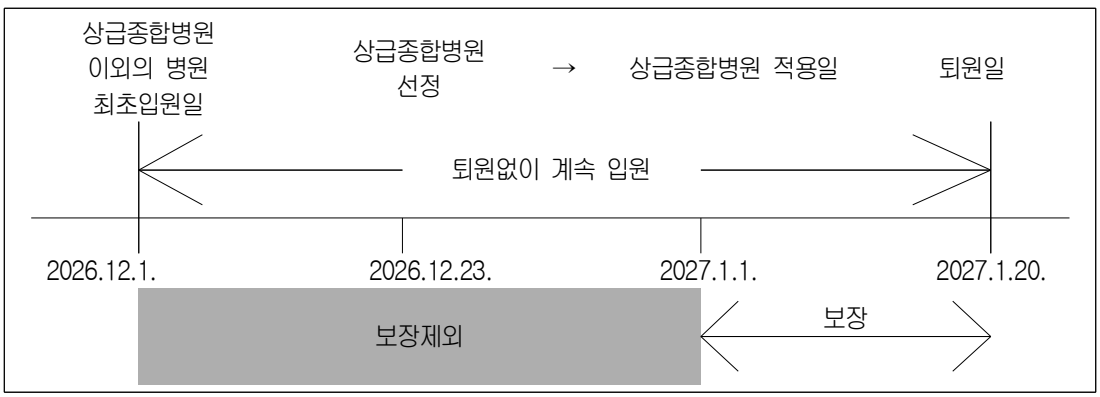
③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다.

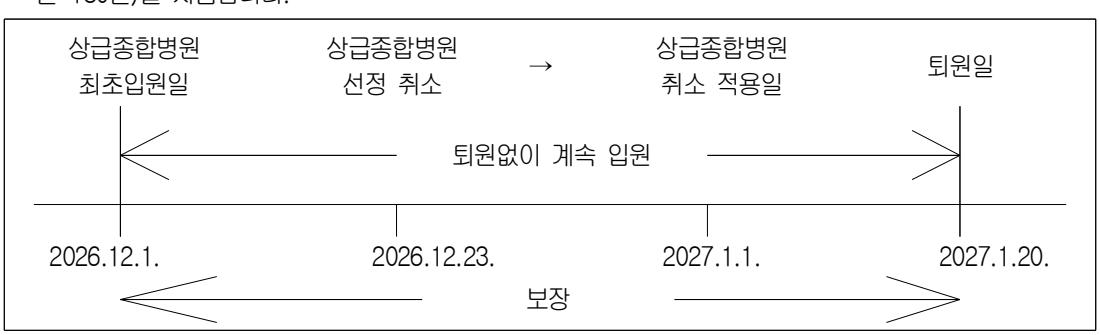
⑤ 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료받던 중 「상급종합병원」에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 상급종합병원 간병인사용 일반상해입원비(1일-180일)를 지급합니다.

⑥ 피보험자가 「상급종합병원」에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「상급종합병원 이외의 병원」으로 이전하여 입원한 경우 해당 「상급종합병원」 퇴원일까지 상급종합병원 간병인사용 일반상해입원비(1일-180일)를 지급합니다.

⑦ 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 상급종합병원 간병인사용 일반상해입원비(1일-180일)를 지급합니다.



⑧ 피보험자가 「상급종합병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 상급종합병원 간병인사용 일반상해입원비(1일-180일)를 지급합니다.



⑨ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 일반상해입원비(상급종합병원)(1일-180일)는 지급하지 않습니다.

제6조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 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.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

45. 상해통합치료비(실속형/기본형/고급형) 특별약관

45-1. 상해통합치료비(실속형/기본형/고급형)(통합간편가입형) 특별약관
45-2. 상해통합치료비(실속형/기본형/고급형) 특별약관

45-1, 45-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 「상해통합치료(검사)」를 받은 경우 각 지급횟수에 한하여 아래의 통합치료항목별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 「상해통합치료(수술)」에서 정한 수술을 받은 경우 각 지급횟수에 한하여 아래의 통합치료항목별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.
3. 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해(깁스치료의 경우 상해 또는 질병)의 치료를 직접적인 목적으로 「상해통합치료(주요치료)」, 「상해통합치료(중증치료)」 및 「상해통합치료(재활치료)」에 해당하

는 치료를 받은 경우 각 지급횟수에 한하여 아래의 통합치료항목별 지급금액을 상해통합치료비로 지급합니다.

가. 실속형 <보험가입금액 500만원>

통합치료항목		지급횟수	지급금액
상해통합치료(검사)	상해MRI검사(급여)	연간1회	5만원
	상해CT검사(급여)	연간1회	5만원
	골밀도검사(급여)	연간1회	5만원
상해통합치료(수술)	상해1~5종수술(1종)	수술1회당	10만원
	상해1~5종수술(2종)	수술1회당	10만원
	상해1~5종수술(3종)	수술1회당	30만원
	상해1~5종수술(4종)	수술1회당	300만원
	상해1~5종수술(5종)	수술1회당	500만원
상해통합치료(주요치료)	깁스치료	사고당	10만원
	상해부목치료(급여)	사고당	5만원
	상해특정치료 (흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)	연간1회	5만원
	상해특정치료(신경차단술)(급여)	연간1회	5만원
	상해특정치료(화상처치)(급여)	연간1회	5만원
	상해특정치료(도수정복술)(급여)	연간1회	5만원
	상해창상봉합술치료(급여)	연간3회	5만원
상해통합치료(중증치료)	상해저체온요법치료(급여)	연간1회	30만원
	상해인공호흡기치료 (12시간초과)(급여)	연간1회	100만원
	종합병원 상해전신마취치료(6시간이상)(급여)	연간1회	300만원
	중증외상치료(권역외상센터)	사고당	300만원
	종합병원 상해중환자실치료	연간1회	300만원
상해통합치료(재활치료)	상해재활치료(급여)	연간20회 (1일1회)	1만원

나. 기본형 <보험가입금액 1,000만원>

통합치료항목		지급횟수	지급금액
상해통합치료(검사)	상해MRI검사(급여)	연간1회	5만원
	상해CT검사(급여)	연간1회	5만원
	골밀도검사(급여)	연간1회	5만원
상해통합치료(수술)	상해1~5종수술(1종)	수술1회당	10만원
	상해1~5종수술(2종)	수술1회당	20만원
	상해1~5종수술(3종)	수술1회당	50만원
	상해1~5종수술(4종)	수술1회당	500만원
	상해1~5종수술(5종)	수술1회당	1,000만원

상해통합치료(주요치료)	깁스치료	사고당	30만원
	상해부목치료(급여)	사고당	5만원
	상해특정치료 (흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)	연간1회	10만원
	상해특정치료(신경차단술)(급여)	연간1회	10만원
	상해특정치료(화상처치)(급여)	연간1회	10만원
	상해특정치료(도수정복술)(급여)	연간1회	10만원
	상해창상봉합술치료(급여)	연간3회	10만원
상해통합치료(중증치료)	상해저체온요법치료(급여)	연간1회	50만원
	상해인공호흡기치료 (12시간초과)(급여)	연간1회	150만원
	종합병원 상해전신마취치료(6시간이상)(급여)	연간1회	400만원
	중증외상치료(권역외상센터)	사고당	500만원
	종합병원 상해중환자실치료	연간1회	500만원
상해통합치료(재활치료)	상해재활치료(급여)	연간20회 (1일1회)	2만원

다. 고급형 <보험가입금액 2,000만원>

통합치료항목		지급횟수	지급금액
상해통합치료(검사)	상해MRI검사(급여)	연간1회	10만원
	상해CT검사(급여)	연간1회	10만원
	골밀도검사(급여)	연간1회	10만원
상해통합치료(수술)	상해1~5종수술(1종)	수술1회당	20만원
	상해1~5종수술(2종)	수술1회당	30만원
	상해1~5종수술(3종)	수술1회당	100만원
	상해1~5종수술(4종)	수술1회당	1,000만원
	상해1~5종수술(5종)	수술1회당	2,000만원
상해통합치료(주요치료)	깁스치료	사고당	50만원
	상해부목치료(급여)	사고당	10만원
	상해특정치료 (흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)	연간1회	20만원
	상해특정치료(신경차단술)(급여)	연간1회	20만원
	상해특정치료(화상처치)(급여)	연간1회	20만원
	상해특정치료(도수정복술)(급여)	연간1회	20만원
	상해창상봉합술치료(급여)	연간3회	20만원
상해통합치료(중증치료)	상해저체온요법치료(급여)	연간1회	100만원
	상해인공호흡기치료 (12시간초과)(급여)	연간1회	200만원
	종합병원 상해전신마취치료(6시간이상)(급여)	연간1회	500만원
	중증외상치료(권역외상센터)	사고당	1,000만원
	종합병원 상해중환자실치료	연간1회	1,000만원
상해통합치료(재활치료)	상해재활치료(급여)	연간20회 (1일1회)	2만원

제2조(「상해통합치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「상해통합치료」라 함은 「상해통합치료(검사)」, 「상해통합치료(수술)」, 「상해통합치료(주요치료)」, 「상해통합치료(중증치료)」 및 「상해통합치료(재활치료)」를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「상해통합치료(검사)」라 함은 상해의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

통 합 치 료 항 목	
상해통합치료(검사)	상해MRI검사(급여)
	상해CT검사(급여)
	골밀도검사(급여)

1. 제3조(「MRI검사(급여)」의 정의)에서 정한 「MRI검사(급여)」를 받은 경우.
2. 제4조(「CT검사(급여)」의 정의)에서 정한 「CT검사(급여)」를 받은 경우.
3. 제5조(「골밀도검사(급여)」의 정의)에서 정한 「골밀도검사(급여)」를 받은 경우.

③ 이 특별약관에서 「상해통합치료(수술)」라 함은 상해의 치료를 직접적인 목적으로 「1-5종 수술분류표 III」(【별표6】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우를 말합니다.

통 합 치 료 항 목	
상해통합치료(수술)	상해1~5종수술(1종)
	상해1~5종수술(2종)
	상해1~5종수술(3종)
	상해1~5종수술(4종)
	상해1~5종수술(5종)

④ 이 특별약관에서 「상해통합치료(주요치료)」라 함은 상해(깁스치료의 경우 상해 또는 질병)의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 각 호의 사항을 말합니다.

통 합 치 료 항 목	
상해통합치료(주요치료)	깁스치료
	상해부목치료(급여)
	상해특정치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)
	상해특정치료(신경차단술)(급여)
	상해특정치료(화상처치)(급여)
	상해특정치료(도수정복술)(급여)
	상해창상봉합술치료(급여)

1. 제7조(「깁스(Cast)치료」의 정의)에서 정한 「깁스(Cast)치료」를 받은 경우.
2. 제8조(「부목치료(급여)」의 정의)에서 정한 「부목치료(급여)」를 받은 경우.
3. 제9조(「상해특정치료(급여)」의 정의)에서 정한 「상해특정치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)」를 받은 경우.
4. 제9조(「상해특정치료(급여)」의 정의)에서 정한 「상해특정치료(신경차단술)(급여)」를 받은 경우.
5. 제9조(「상해특정치료(급여)」의 정의)에서 정한 「상해특정치료(화상처치)(급여)」를 받은 경우.
6. 제9조(「상해특정치료(급여)」의 정의)에서 정한 「상해특정치료(도수정복술)(급여)」를 받은 경우.
7. 제10조(「창상봉합술치료(급여)」의 정의)에서 정한 「창상봉합술치료(급여)」를 받은 경우.

⑤ 이 특별약관에서 「상해통합치료(중증치료)」라 함은 상해의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 각 호의 사항을 말합니다.

통 합 치 료 항 목	
상해통합치료(중증치료)	상해저체온요법치료(급여)
	상해인공호흡기치료(12시간초과)(급여)
	중증외상치료(권역외상센터)
	종합병원 상해전신마취치료(6시간이상)(급여)
	종합병원 상해중환자실치료

1. 제11조(「저체온요법치료(급여)」의 정의)에서 정한 「저체온요법치료(급여)」를 받은 경우.
2. 제12조(「인공호흡기치료(12시간초과)(급여)」의 정의)에서 정한 「인공호흡기치료(12시간초과)(급여)」를 받은 경우.
3. 제13조(「중증외상치료(권역외상센터)」의 정의)에서 정한 「중증외상치료(권역외상센터)」를 받은 경우.
4. 제15조(「종합병원 상해전신마취치료(6시간이상)(급여)」의 정의)에서 정한 「종합병원 상해전신마취치료(6시간이상)(급여)」를 받은 경우.
5. 제16조(「종합병원 상해중환자실치료」의 정의)에서 정한 「종합병원 상해중환자실치료」를 받은 경우.

⑥ 이 특별약관에서 「상해통합치료(재활치료)」라 함은 상해의 치료를 직접적인 목적으로 입원 중에 제18조(「상해재활치료(급여)」의 정의)의 「상해재활치료(급여)」를 받은 경우(이하 「입원 상해재활치료(급여)」라 합니다) 또는 통원하여 제18조(「상해재활치료(급여)」의 정의)의 「상해재활치료(급여)」를 받은 경우(이하 「통원 상해재활치료(급여)」라 합니다)를 말합니다.

통 합 치 료 항 목	
상해통합치료(재활치료)	상해재활치료(급여)

제3조(「MRI검사(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「MRI검사(급여)」라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「급여촬영 분류표」(【별표90】 참조)에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 「MRI검사(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

③ 제2항에도 불구하고 요양급여 일부 본인부담 대상 기준에 해당되지 않아 요양급여 전액본인부담으로 산정된 경우에는 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로 보지 않습니다.

제4조(「CT검사(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「CT검사(급여)」라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「CT검사(급여) 분류표」(【별표91】 참조)에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 「CT검사(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

③ 제2항에도 불구하고 요양급여 일부 본인부담 대상 기준에 해당되지 않아 요양급여 전액본인부담으로 산정된 경우에는 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로 보지 않습니다.

제5조(「골밀도검사(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「골밀도검사(급여)」라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「골밀도검사(급여) 분류표」(【별표92】 참조)에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 「골밀도검사(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

제6조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

용어의 정의

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

⑤ 제1항 내지 제4항에도 불구하고 「1-5종 수술분류표Ⅲ」(【별표6】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

제7조(「깁스(Cast)치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「깁스(Cast)치료」라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「깁스(Cast)치료」가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 의미합니다. 단, 부목(Splint Cast)치료는 제외합니다.

② 제1항의 "부목(Splint Cast)치료"라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제8조(「부목치료(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「부목치료(급여)」라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「부목치료(급여) 분류표」(【별표93】 참조)에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 「부목치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나

의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

제9조(「상해특정치료(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「상해특정치료(급여)」라 함은 「상해특정치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)」, 「상해특정치료(신경차단술)(급여)」, 「상해특정치료(화상처치)(급여)」 및 「상해특정치료(도수정복술)(급여)」를 총칭합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「상해특정치료(급여)」라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「상해특정치료(급여) 분류표」(【별표94】 참조)에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

③ 제1항의 「상해특정치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

제10조(「창상봉합술치료(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「창상봉합술치료(급여)」라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「급여 창상봉합술 분류표」(【별표57】 참조)에 해당하는 의료행위를 말하며 해당 의료행위의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원('입원'을 포함합니다)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

② 제1항의 「창상봉합술치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

제11조(「저체온요법치료(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「저체온요법치료(급여)」라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「저체온요법치료(급여) 분류표」(【별표96】 참조)에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 「저체온요법치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

제12조(「인공호흡기치료(12시간초과)(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「인공호흡기치료(12시간초과)(급여)」라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「인공호흡기치료(12시간초과)(급여) 분류표」(【별표97】 참조)에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 「인공호흡기치료(12시간초과)(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

제13조(「중증외상치료(권역외상센터)」의 정의)

① 이 특별약관에서 「중증외상치료(권역외상센터)」라 함은 상해의 직접적인 치료를 목적으로 「권역외상센터」에 내원하여 「중증외상환자」로 분류되어 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항에서 「권역외상센터」라 함은 「응급의료에 관한 법률」 제30조의2(권역외상센터의 지정)에 근거하여 선정된 의료기관을 말합니다.

「응급의료에 관한 법률」 제30조의2(권역외상센터의 지정)

① 보건복지부장관은 외상환자의 응급의료에 관한 다음 각 호의 업무를 수행하게 하기 위하여 권역응급의료센터, 전문응급의료센터 및 지역응급의료센터 중 권역외상센터를 지정할 수 있다.
1. 외상환자의 진료
2. 외상의료에 관한 연구 및 외상의료표준의 개발
3. 외상의료를 제공하는 의료인의 교육훈련
4. 대형 재해 등의 발생 시 응급의료 지원
5. 그 밖에 보건복지부장관이 정하는 외상의료 관련 업무

② 권역외상센터는 외상환자에 대한 효과적인 응급의료 제공을 위하여 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. 이 경우 각 호에 따른 구체적인 요건은 보건복지부령으로 정한다.
1. 외상환자 전용 중환자 병상 및 일반 병상
2. 외상환자 전용 수술실 및 치료실
3. 외상환자 전담 전문의
4. 외상환자 전용 영상진단장비 및 치료장비
5. 그 밖에 외상환자 진료에 필요한 인력·시설·장비

③ 그 밖에 권역외상센터 지정의 기준·방법 및 절차 등에 관한 구체적인 사항은 보건복지부령으로 정한다.

③ 제1항에서 「중증외상환자」라 함은 제1항에서 정한 권역외상센터의 외상센터(외상소생구역) 또는 응급의료센터(응급실)를 통하여 내원한 외상환자 중 보건복지부 장관이 정하는 「권역외상센터 운영지침」에 따른 최종 손상중증도 점수(ISS)가 15점 초과인 환자를 말합니다.

【손상중증도 점수(ISS)】
신체를 6개의 부위(두경부, 안면부, 흉부, 복부, 사지, 신체표면)로 나누어서 각 신체 부위의 손상별 중증도를 Abbreviate InjuryScale(AIS)로 점수화하고, 6개 부위 중 중증도가 심한 상위 3개 부위의 AIS점수의 제곱 합

【Abbreviate InjuryScale(AIS)】
외상환자의 중증도 평가도구로서, 신체를 6개 부위로 나누어 손상정도를 최소 1점(경증)에서 최대 6점(중증)까지 수치화한 점수

제14조(법령 등의 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① 이 특별약관 체결시점 이후 제13조(「중증외상치료(권역외상센터)」의 정의) 제2항의 권역외상센터 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 「권역외상센터」에 내원하여 최종 손상중증도 점수(ISS)를 받은 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부장관이 정하는 「권역외상센터 운영지침」 개정에 따라 손상중증도 점수(ISS) 산정 방식이 변경되는 경우에는 「권역외상센터」에 내원하여 최종 손상중증도 점수(ISS)를 받은 시점의 개정된 기준을 적용합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 권역외상센터 내원과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제4항에 따라 계약자에게 안내합니다.
1. 법령의 개정에 따라 「권역외상센터」 제도가 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「권역외상센터」 제도의 변경으로 제13조(「중증외상치료(권역외상센터)」의 정의) 제2항의 권역외상센터 판정이 불가능한 경우
3. 손상중증도 점수(ISS) 기준으로 손상의 중증도를 평가하는 점수체계가 폐지되는 경우
4. 제1호 내지 제3호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

④ 회사는 제3항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음

성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알려드립니다.

⑤ 제3항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을)금액이 발생할 수 있으며, 이를 제4항에 따라 계약자에게 안내합니다.

⑥ 제3항에도 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, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑦ 위 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「권역외상센터」에 내원하여 최종 손상중증도 점수(ISS)를 받은 당시 「권역외상센터 운영지침」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「권역외상센터 운영지침」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「권역외상센터」에 내원하여 최종 손상중증도 점수(ISS)를 받은 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제15조(「종합병원 상해전신마취치료(6시간이상)(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서 「종합병원 상해전신마취치료(6시간이상)(급여)」라 함은 상해의 직접적인 치료를 목적으로 제17조(「종합병원」의 정의)에서 정한 「종합병원」에서 「전신마취치료(급여)」를 6시간 이상 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 「전신마취치료(급여)」라 함은 의사의 관리 하에 약물 등을 사용하여 전신을 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키기 위해 아래의 「전신마취 의료행위 분류표」(【별표79】 참조)에서 정한 의료행위를 하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「전신마취치료(급여)」는 「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 마취방법은 제외하며, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원 중 치과병원, 한방병원, 요양병원 및 의원급 의료기관에서의 전신마취는 제외합니다.

④ 제2항 내지 제3항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 “건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수” 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 ‘전신마취 의료행위’에 준하여 보장 여부를 결정합니다.

⑤ 제2항 내지 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제2항에서 정한 「전신마취치료(급여)」 외에 「전신마취치료(급여)」에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[마취관리기본 및 마취유지 수가코드에 의한 마취시간 계산 예시]

① L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 30회의 경우
: 60분 × 1회 + 15분 × 30회 = 510분
→ 마취시간 6시간 이상에 해당

② L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 10회의 경우
: 60분 × 1회 + 15분 × 10회 = 210분
→ 마취시간 6시간 이상에 해당되지 않음

주1) 마취유지 : 1시간을 초과하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매 15분 증가할 때마다 산정

제16조(「종합병원 상해중환자실치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「종합병원 상해중환자실치료」라 함은 의사에 의하여 상해의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 상해로 제17조(「종합병원」의 정의)에서 정한 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제17조(「종합병원」의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

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.

제18조(「상해재활치료(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서 「상해재활치료(급여)」라 함은 상해로 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 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 급여 진료행위를 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 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 상해재활치료(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 제1항의 「상해재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제3호에도 불구하고 상해 진단을 받은 피보험자가 질병으로 제1항의「상해재활치료(급여)」를 받은 경우에는 보장하지 않습니다.

제19조(「입원」 및 「통원」의 정의와 장소)

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

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여「상해」의 치료가 필요하다고 인정된 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.

제20조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말

합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

② 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해MRI검사(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해MRI검사(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

③ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해CT검사(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해CT검사(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

④ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「골밀도검사(급여)」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 골밀도검사(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑤「상해1~5종수술」의 경우 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술보험금을 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다. 단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술보험금을 지급합니다.

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.

⑥ 제5항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

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.

⑦「깁스치료」의 경우 동일한 상해 또는 질병으로 인하여 깁스치료를 2회 이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 상해통합치료비를 지급합니다.

⑧"상해부목치료(급여)"의 경우 동일한 상해로 인하여 부목치료를 2회 이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 부목치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 상해통합치료비를 지급합니다.

⑨ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「상해특정치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해특정치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑩ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해특정치료(신경차단술)(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해특정치료(신경차단술)(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑪ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해특정치료(화상처치)(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해특정치료(화상처치)(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑫ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해특정치료(도수정복술)(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해특정치료(도수정복술)(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑬"상해창상봉합술치료(급여)"의 경우 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원(‘입원’을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

⑭ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해저체온요법치료(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해저체온요법치료(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑮ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “상해인공호흡기치료(12시간초과)(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 상해인공호흡기치료(12시간초과)(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.

⑯「중증외상치료(권역외상센터)」의 경우 「권역외상센터」 도착 전 사망한 경우는 보상하지 않습니다.

⑰「중증외상치료(권역외상센터)」의 경우 동일한 사고를 직접적인 원인으로 제13조(「중증외상치료(권역외상센터)」의 정의)에서 정한 제1항의 치료를 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 보장합니다.
⑱ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「종합병원 상해전신마취치료(6시간이상)(급여)」를 받은 경우에도 통합치료항목 중 종합병원 상해전신마취치료(6시간이상)(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.
⑲ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "종합병원 상해중환자실치료"를 받은 경우에도 통합치료항목 중 종합병원 상해중환자실치료에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 상해통합치료비만 지급합니다.
⑳ "종합병원 상해중환자실치료"의 경우 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
㉑ "종합병원 상해중환자실치료"의 경우 피보험자가 중환자실(종합병원) 이외의 병실(병원)에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실(종합병원)에 해당하는 병실(병원)로 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 상해통합치료비를 지급합니다.
㉒ "종합병원 상해중환자실치료"의 경우 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 상해통합치료비를 지급합니다.
㉓ "상해재활치료(급여)"의 경우 상해의 치료를 직접적인 목적으로, 입원 중에 "상해재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "입원 상해재활치료(급여)"라 합니다) 또는 통원하여 "상해재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "통원 상해재활치료(급여)"라 합니다) 보험수익자에게 각각 1일 1회에 한하여 상해통합치료비를 지급합니다.
㉔ "상해재활치료(급여)"의 경우 제23항에도 불구하고 "입원 상해재활치료(급여)"와 "통원 상해재활치료(급여)"를 합산하여 연간 20회한도로 보장합니다.
㉕ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제21조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제22조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

3. 그 외 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
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 제1항에도 불구하고 다음의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.
1. 통합치료항목 중 “상해MRI검사(급여)”, “상해CT검사(급여)”, “골밀도검사(급여)”, "상해부목치료(급여)", “상해특정치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)”, “상해특정치료(신경차단술)(급여)”, “상해특정치료(화상처치)(급여)”, “상해특정치료(도수정복술)(급여)”, "상해창상봉합술치료(급여)", “상해저체온요법치료(급여)”, “상해인공호흡기치료(12시간초과)(급여)”의 경우 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 급여수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다)
2. 통합치료항목 중 “종합병원 전신마취치료(6시간이상)(급여)”의 경우 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 급여수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(전신마취 종류와 마취시간, 수술내용을 확인할 수 있는 마취기록지 및 수술기록지 등), 수술확인서 등)
3. 통합치료항목 중 “상해재활치료(급여)”의 경우 사고증명서(진료확인서(“재활치료의 원인” 필수기재), 진단서, 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원 급여수가코드(EDI)" 필수기재), 진료기록부 등)

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 제1항 제2호 및 제 2항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제23조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제24조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

제2장. 질병관련 특별약관

1. 질병사망 특별약관

1-1. 질병사망(통합간편가입형) 특별약관
1-2. 질병사망 특별약관
1-3. 질병사망(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관
1-4. 질병사망(갱신형_20년) 특별약관

1-1 및 1-2는 비갱신형으로 운영하며,
1-3 및 1-4는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

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

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
질병사망 보험금	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제4조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

1-3. 질병사망(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 및 1-4. 질병사망(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 질병사망보험금 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않은 사유로 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2. 질병후유장해(80%이상) 특별약관

2-1. 질병후유장해(80%이상)(통합간편가입형) 특별약관
2-2. 질병후유장해(80%이상) 특별약관

2-1 및 2-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 질병후유장해(80%이상)보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 「장해 분류표」(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
질병후유장해 (80%이상) 보험금	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단 확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 「장해분류표」에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내

③ 「장해분류표」에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 「장해분류표」의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익

자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제4조(특별약관의 소멸)

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

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

3. 질병후유장해(20~100%) 특별약관

3-1. 질병후유장해(20~100%)(통합간편가입형) 특별약관
3-2. 질병후유장해(20~100%) 특별약관

3-1 및 3-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

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

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
질병후유장해(20~100%) 보험금	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 「장해분류표」에서 정한 장해지급률 × 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 「장해분류표」에서 정한 장해지급률

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 「장해분류표」에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내

③ 「장해분류표」에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 「장해분류표」의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

> 예시 : 질병후유장해(20~100%) 가입금액 100만원
>
> ○ 동일한 부위에 다른 질병으로 다음과 같이 진단을 받은 경우(계약일로부터 1년이후 발생시)
> · 하나의 질병으로 30%후유장해 진단시
> ⇒ 30%에 해당하는 보험금 지급 (30만원)
>
> · 또 다른 질병으로 인해 동일한 부위에 60%후유장해 진단시
> ⇒ 60%후유장해에 해당하는 보험금과 30%후유장해에 해당하는 보험금의 차액 지급
> (60만원 - 30만원 = 30만원)

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

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단 확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-1. 질병입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관

4-1-1. 질병입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관

4-1-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

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

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
질병입원비 (1일-180일)	계약일로부터 1년미만 발생시	1일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(180일한도)
	계약일로부터 1년이후 발생시	1일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

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

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

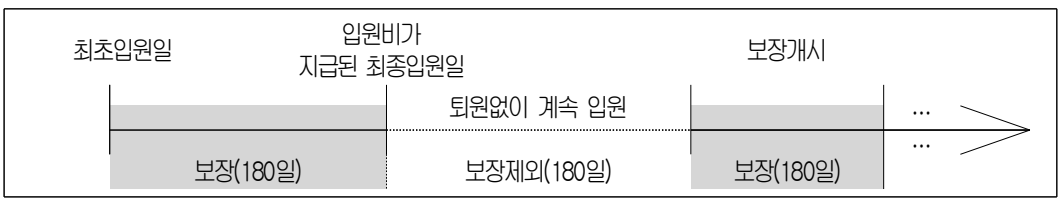
제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병입원비(1일-180일) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이

경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 다음과 같이 질병입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 질병입원비(1일-180일)를 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원비(1일-180일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 최초 입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우, 1년미만의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 100%를 지급합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환
5. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
6. 성병
7. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4-2. 질병입원비(1일-180일) 특별약관

4-2-1. 질병입원비(1일-180일) 특별약관

4-2-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

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

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
질병입원비 (1일-180일)	계약일로부터 1년미만 발생시	1일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(180일한도)
	계약일로부터 1년이후 발생시	1일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

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

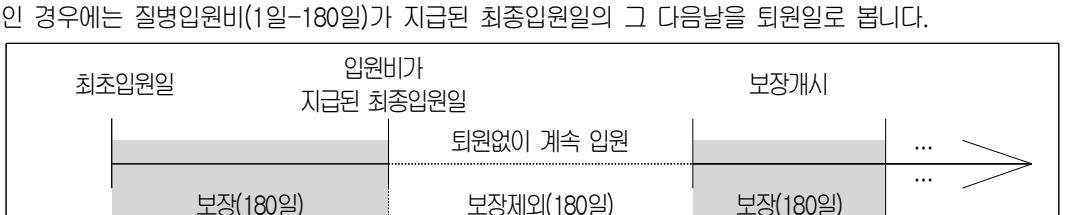
② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병입원비(1일-180일) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 다음과 같이 질병입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 질병입원비(1일-180일)를 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원비(1일-180일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 최초 입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일

부터 1년이후 까지 계속되었을 경우, 1년미만의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 100%를 지급합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환
5. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
6. 성병
7. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

5-1. 질병중환자실입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관

5-1-1. 질병중환자실입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관

5-1-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

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

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

제2조(용어의 정의)

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

「의료법 시행규칙 별표4」 의료기관의 시설규격<개정 2023. 9. 22.>

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 10제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
   마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
   바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
   사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
   아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
   자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
   차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
   카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

제3조(「입원」의 정의와 장소)

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

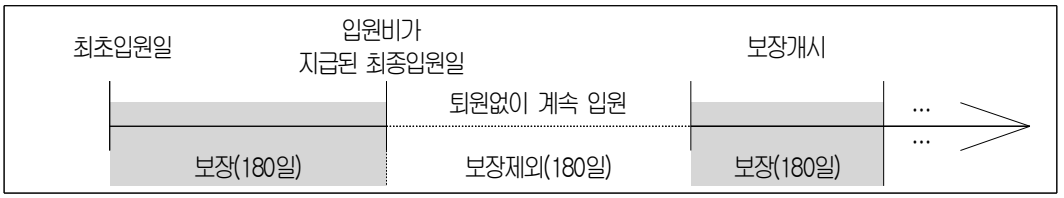
② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 질병중환자실입원비(1일-180일)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 다음과 같이 질병중환자실입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속입원중인 경우에는 질병중환자실입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 질병중환자실입원비(1일-180일)를 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병중환자실입원비(1일-180일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환
5. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
6. 성병
7. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

5-2. 질병중환자실입원비(1일-180일) 특별약관

5-2-1. 질병중환자실입원비(1일-180일) 특별약관

5-2-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합

니다.

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

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

제2조(용어의 정의)

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

「의료법 시행규칙 별표4」 의료기관의 시설규격<개정 2023. 9. 22.>

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 10제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
   마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
   바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
   사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
   아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
   자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
   차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
   카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

제3조(「입원」의 정의와 장소)

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

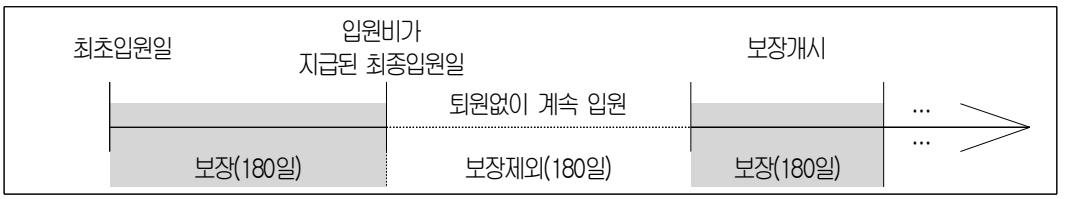
② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 질병중환자실입원비(1일-180일)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 다음과 같이 질병중환자실입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 질병중환자실입원비(1일-180일)를 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병중환자실입원비(1일-180일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환
5. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
6. 성병
7. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

6-1. 질병수술비(통합간편가입형) 특별약관

6-1-1. 질병수술비(통합간편가입형) 특별약관

6-1-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

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

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

제2조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우도 수술로 간주합니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함.
2. 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

③ 제2항 제2호의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.

④ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

용어의 정의

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나, 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 1회에 한하여 하나의 질병수술비만 지급하여 드립니다.

용어의 정의

같은 질병이라 함은 동일한 원인으로 발생한 질병으로서, 치료 부위가 다르다고 할지라도 치료의 목적이 동일한 질병일 경우 같은 질병에 해당합니다.

② 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제2조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

② 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병수술비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
5. 비만(E66) 수술
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84,K60~K62,K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산.
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대

상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

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

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

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

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

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

6-2. 질병수술비(1년미만50%감액지급) 특별약관

6-2-1. 질병수술비(1년미만50%감액지급) 특별약관

6-2-1 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 질병수술비(1년미만50%감액지급) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
질병수술비 (1년미만50%감액지급)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우도 수술로 간주합니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함.
2. 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술. 다만,

다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

③ 제2항 제2호의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.

④ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

용어의 정의

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나, 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 1회에 한하여 하나의 질병수술비만 지급하여 드립니다.

용어의 정의

같은 질병이라 함은 동일한 원인으로 발생한 질병으로서, 치료 부위가 다르다고 할지라도 치료의 목적이 동일한 질병일 경우 같은 질병에 해당합니다.

② 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제2조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

② 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병수술비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)

2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
5. 비만(E66) 수술
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84,K60~K62,K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

7. 암진단비(유사암제외) 특별약관

7-1. 암진단비(유사암제외)(통합간편가입형) 특별약관
7-2. 암진단비(유사암제외) 특별약관
7-3. 암진단비(유사암제외)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관
7-4. 암진단비(유사암제외)(갱신형_20년) 특별약관

7-1 및 7-2는 비갱신형으로 운영하며,
7-3 및 7-4는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

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

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

제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)

① 「암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말합니다.

1. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

4. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 「암(유사암제외)」라 함은 제1항의 「암」에서 제2항의 「유사암」을 제외한 암을 말합니다.

④ 「암」, 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

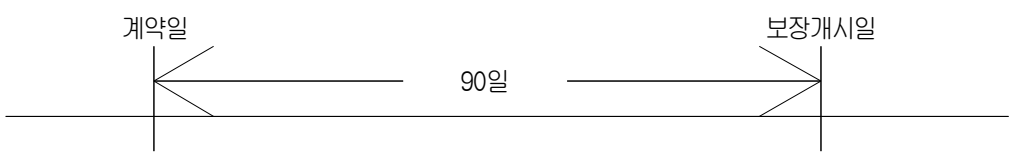
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

1. 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우
   - 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. 갱신형(갱신계약)의 경우
   - 이 특별약관의 갱신일

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



② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제8조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(유사암제외)으로 진단 확

정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

7-3. 암진단비(유사암제외)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 및 7-4. 암진단비(유사암제외)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

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

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

8. 유사암진단비 특별약관

8-1. 유사암진단비(통합간편가입형) 특별약관
8-2. 유사암진단비 특별약관
8-3. 유사암진단비(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관
8-4. 유사암진단비(갱신형_20년) 특별약관

8-1 및 8-2는 비갱신형으로 운영하며,
8-3 및 8-4는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

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

구 분			경 과 기 간	지 급 금 액
유사암 진단비	갑상선암 기타피부암 제자리암 경계성종양	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관의 보험가입금액의 50%
			계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관의 보험가입금액
		갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)

① 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말합니다.

1. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과 보고 시점으로 합니다.

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

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

② 다만, 제1항에 해당하는 질병이 제6조(특별약관의 소멸) 제1항 따른 이 특별약관의 소멸사유에 해당하고, 회사가 제6조(특별약관의 소멸) 제2항의 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 8-3. 유사암진단비(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 및 8-4. 유사암진단비(갱신형_20년) 특별약관은 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 이 특별약관이 갱신되는 경우 갱신전 진단 확정된 유사암과 동

일한 종류의 암으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

① 8-3. 유사암진단비(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 및 8-4. 유사암진단비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

② 제1항에 불구하고 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」으로 각1회씩 총4회 진단받아 해당 보험기간 중에 더 이상 보험금 지급사유가 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관을 갱신할 수 없습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」으로 각각 진단받아 유사암진단비 지급사유가 각1회씩 총4회 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 최종 손해보장의 원인이 생긴때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

9. 11대특정암진단비 특별약관

9-1. 11대특정암진단비(통합간편가입형) 특별약관
9-2. 11대특정암진단비 특별약관

9-1 및 9-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

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

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

제2조(「11대특정암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「11대특정암」라 함은 「11대특정암 분류표」(【별표14】 참조)에서 정한 1. 식도의 악성신생물(암), 2. 췌장의 악성신생물(암), 3. 골 및 관절연골의 악성신생물(암), 4. 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물(암), 5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암), 6. 간 및 간내 담관의 악성신생물

(암), 7. 담낭의 악성신생물(암), 8. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물(암), 9. 기관의 악성신생물(암), 10. 기관지 및 폐의 악성신생물(암), 11. 소장의 악성신생물(암)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 「11대특정암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「11대특정암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「11대특정암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

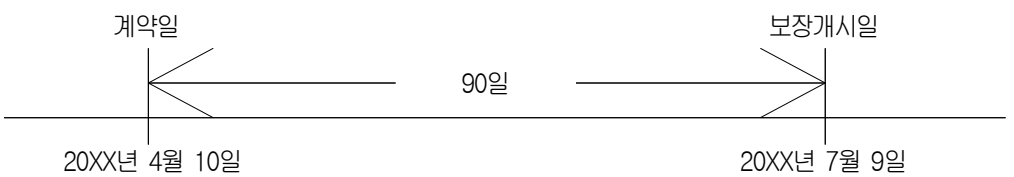
<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 11대특정암진단비의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

< 11대특정암진단비의 보장개시일 >



② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제7조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「11대특정암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「11대특정암」으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기

간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「11대특정암진단비」 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

10. 재진단암III진단비(갱신형_20년) 특별약관

10-1. 재진단암III진단비(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관
10-2. 재진단암III진단비(갱신형_20년) 특별약관

10-1 및 10-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

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

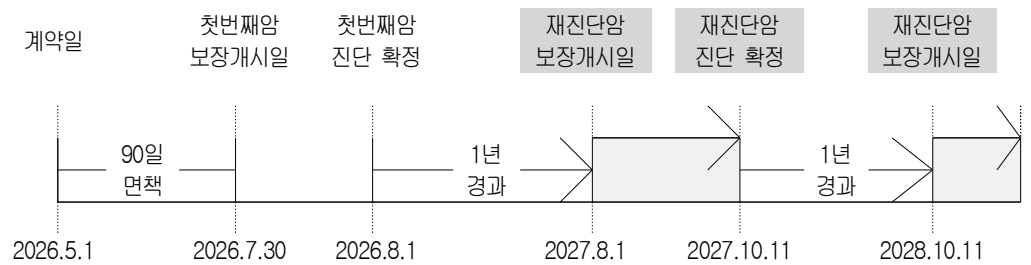
구 분	지 급 금 액
재진단암III진단비	이 특별약관 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) “재진단암III진단비”의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 첫 번째 「재진단암」 : 「첫번째암」진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날
2. 두 번째 이후 「재진단암」 : 직전 「재진단암」진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년(갱신계약을 포함합니다)이 지난날의 다음날

< “재진단암III진단비”의 보장개시일 >

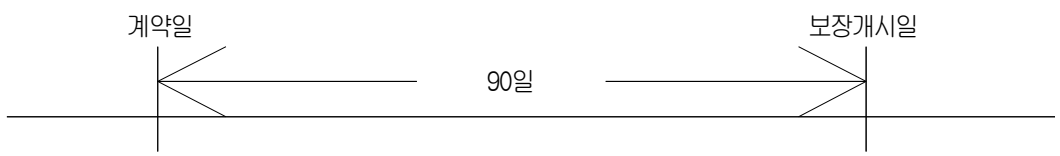


② 제1항 제1호의 「첫번째암」은 「암보장개시일」이후에 최초로 진단받은 암(기타피부암, 갑상선암 제외)을 말합니다.

③ 제2항의 「암보장개시일」은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 최초계약의 경우 : 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

< 암보장개시일 >
(최초계약에 한함)



④ 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(「첫번째암」 및 「재진단암」 의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」이라 함은 다음에 정한 질병을 말합니다.

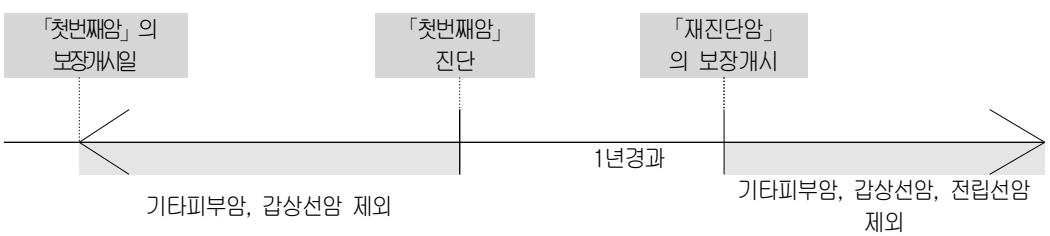
1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「첫번째암」 및 「재진단암」의 정의에서 제외되는 「암」은 다음 각 호와 같습니다.
1. 「첫번째암」에서 제외되는 암
가. 「기타피부암」(C44(기타 피부의 악성신생물(암)))
나. 「갑상선암」(C73(갑상선의 악성신생물(암)))
2. 「재진단암」에서 제외되는 암
가. 「기타피부암」(C44(기타 피부의 악성신생물(암)))
나. 「갑상선암」(C73(갑상선의 악성신생물(암)))
다. 「전립선암」(C61(전립선의 악성신생물(암)))
라. 「경계성종양」(「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」 【별표13-3】 참조)
마. 「제자리암」(「제자리신생물 분류표」 【별표13-2】 참조)

【「첫번째암」 및 「재진단암」의 정의에서 제외되는 「암」 예시】



③ 「재진단암」이란 다음 각 호의 「암」에 해당하는 경우를 말합니다.
1. 새로운 원발암
2. 전이암
3. 재발암
4. 잔여암

④ 제3항에서 「새로운 원발암」이란 원발부위에 발생한 암으로 「첫번째암」 또는 「재진단암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 「암」(이하 「새로운 원발암」이라 합니다)을 말합니다.

⑤ 제3항에서 「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」을 말합니다.

⑥ 제3항에서 「재발암」이란 「첫번째암」 또는 「재진단암」과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathologi

cal Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 「첫번째암」 또는 「재진단암」의 암세포를 제거한 후 그 「첫번째암」 또는 「재진단암」으로 인하여 새롭게 「암」이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 「암」을 말합니다.

⑦ 제3항에서 「잔여암」이란 제3조(「첫번째암」 및 「재진단암」의 정의 및 진단확정) 제1항 제1호의 「암」으로 발생한 암진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

⑧ 제5항 내지 제7항의 규정에도 불구하고, 「첫번째암」이 「전립선암」(C61(전립선의 악성신생물(암)))인 경우 그 「첫번째암」의 진단확정일로부터 1년 후 「재진단암」의 보장은 개시하되, 원발부위가 「전립선암」인 「전립선암」의 「재발암」 및 「전립선암」의 「잔여암」에 대한 "재진단암III진단비"는 지급하지 않습니다.

【「첫번째암」이 「전립선암」인 경우 보장예시】

"첫번째암" (전립선암) 진단	1년 경과	"재진단암" 보장개시	전립선암의 재발암/잔여암
			↳ 면책

⑨ 「첫번째암」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「첫번째암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑩ 제9항에 따른 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암, 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑪ 「재진단암」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「재진단암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

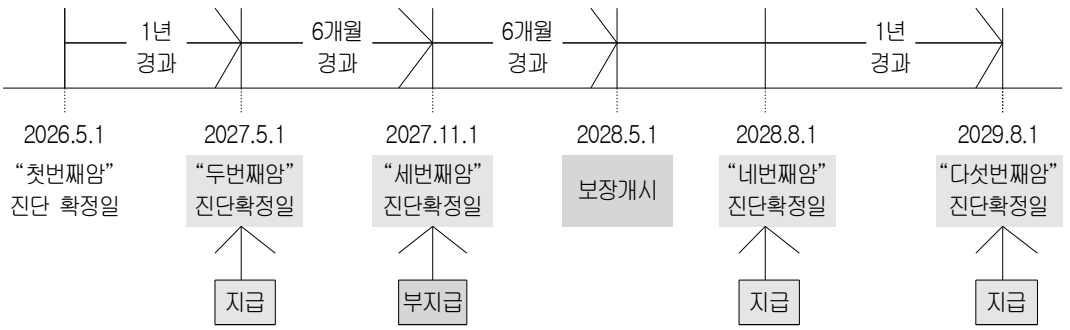
⑫ 제11항에 따른 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「재진단암」으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)을 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외 합니다.

<「제9항, 제11항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

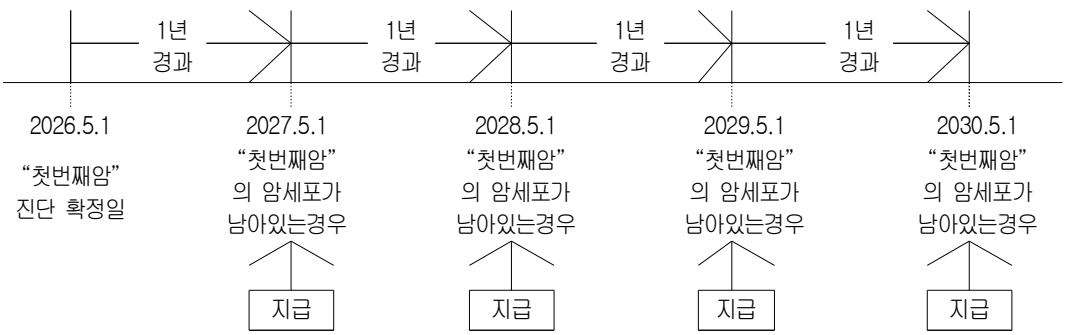
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

【「재진단암III진단비」의 보장예시 】

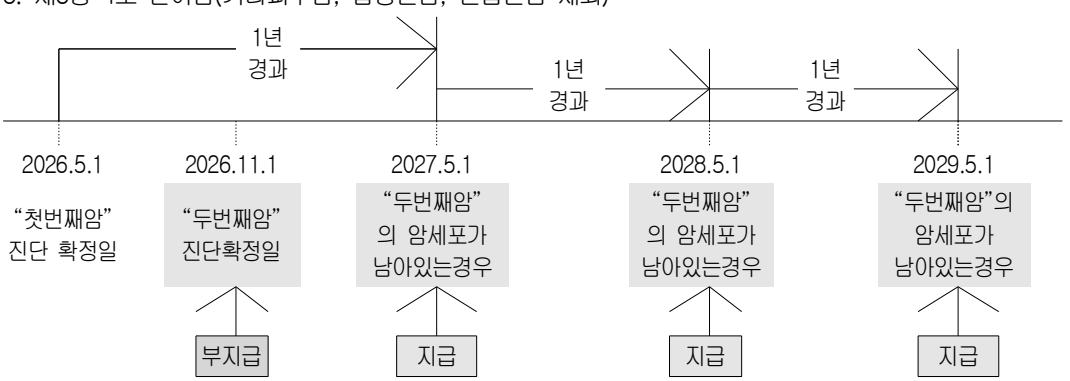
1. 제3항 제1호 ~ 제3호 새로운 원발암, 전이암, 재발암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



2. 제3항 4호 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



3. 제3항 4호 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



제4조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

제5조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어의 정의

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

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일로부터 1년(갱신계약을 포함합니다)내에 제3조 (「첫번째암」 및 「재진단암」의 정의 및 진단확정) 제3항 제1호 내지 제4호의 「재진단암」으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제7조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제3조(「첫번째암」 및 「재진단암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(유사암제외)으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다.

② 제1항에 따라 해지된 특별약관을 부활(효력회복)하는 경우에는 다음 각 호를 적용합니다.
1. 이 특별약관이 해지되기 전에 「첫번째암」으로 진단확정 되지 않은 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 최초 보험계약일로 하여 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제3항 제1호의 규정을 적용
2. 이 특별약관이 해지되기 전에 이미 「첫번째암」 또는 「재진단암」으로 진단확정 된 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 직전 암의 진단확정일로 하여 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항의 규정을 적용

제9조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

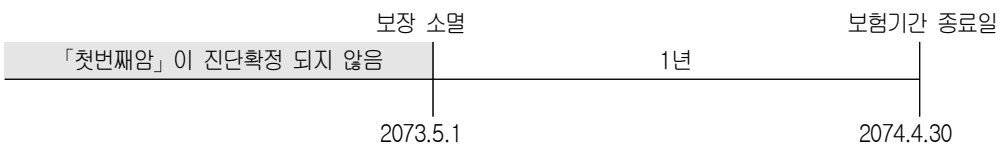
① 이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.
② 제1항에도 불구하고 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 더 이상 갱신되지 않습니다.
1. [갱신종료나이-1]세까지 [제2장. 질병관련 특별약관] [7. 암진단비(유사암제외) 특별약관]의 보험금의 지급사유가 발생하지 않은 경우
2. 이 특별약관의 보험금 지급사유가 발생하여 해당 보험금이 지급되고, 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 1년 이하인 경우

제10조(특별약관의 소멸)

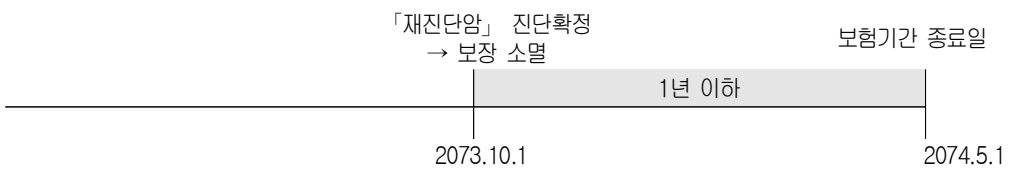
① 보험기간 중에 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산한 계약자적립액이 있는 경우 해당 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다. 또한 회사는 이를 계약자 및 피보험자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.
1. 「첫번째암」이 진단확정 되지 않고, 갱신종료나이의 계약해당일까지의 잔여 기간이 그 날을 포함하여 1년 이하인 경우
2. 「재진단암」이 진단확정 되어 「재진단암III진단비」가 지급되고, 갱신종료나이의 계약해당일까지의 잔여기간이 진단확정일을 포함하여 1년 이하인 경우

【 재진단암III진단비 보장소멸 예시 】

1. 「첫번째암」이 진단확정 되지 않고, 잔여기간이 1년 이하인 경우



2. 「재진단암」 진단확정 시점에 잔여기간이 1년 이하인 경우



② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

11. 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일) 특별약관

11-1. 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관
11-2. 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일) 특별약관

11-1 및 11-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

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

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
암직접치료입원비 (요양병원제외) (1일-180일)	암	계약일로부터 1년미만 발생시	1일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50% (180일 한도)
		계약일로부터 1년이후 발생시	1일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액 (180일 한도)
	갑상선암 기타피부암 제자리암 경계성종양	계약일로부터 1년미만 발생시	1일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50% × 20% (180일 한도)
		계약일로부터 1년이후 발생시	1일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액 × 20% (180일 한도)

제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」(이하 「암관련질병」이라 합니다) 이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.
5. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「암관련질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암관련질병」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「암관련질병의 직접적인 치료」의 정의)

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

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

③ 「암관련질병의 직접적인 치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암관련질병의 직접적인 치료」로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. 암의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료

3. 암의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기 암환자에 대한 치료

제4조(「입원」의 정의와 장소)

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

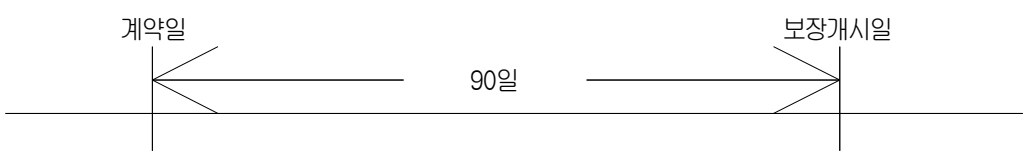
② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

1. 암(갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양은 제외) : 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날
2. 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양 : 계약일

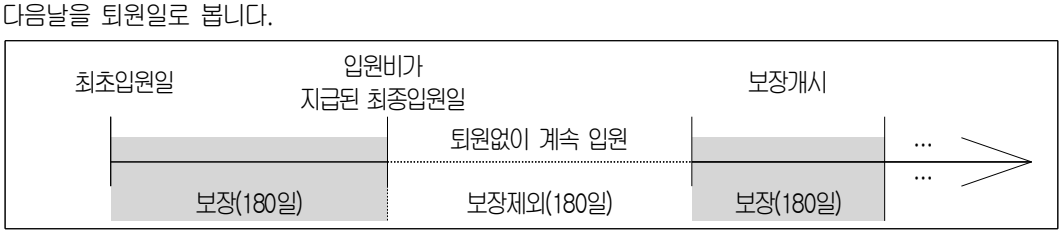
< 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일)의 보장개시일 >
(단, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양은 제외)



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

③ 동일한 「암관련질병」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 「암관련질병」에 대한 입원이라도 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

④ 다음과 같이 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 피보험자가 암보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일)를 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑦ 최초 입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우, 1년미만의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 100%를 지급합니다.
⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제7조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.
② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

12. 요양병원 암입원비(1일-90일) 특별약관

12-1. 요양병원 암입원비(1일-90일)(통합간편가입형) 특별약관
12-2. 요양병원 암입원비(1일-90일) 특별약관

12-1 및 12-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합

니다.

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

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

제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」(이하 「암관련질병」이라 합니다) 이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]

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

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

2. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

5.「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「암관련질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암관련질병」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「입원」의 정의와 장소)

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

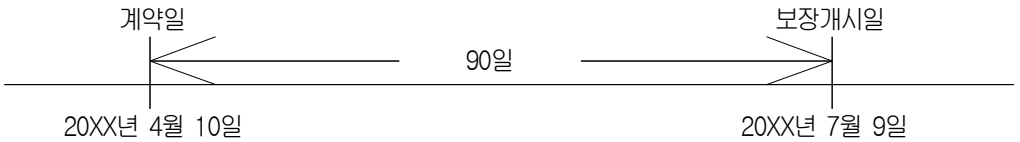
② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 요양병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 요양병원 암입원비(1일-90일)의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 암(갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양은 제외) : 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날
2. 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양 : 계약일

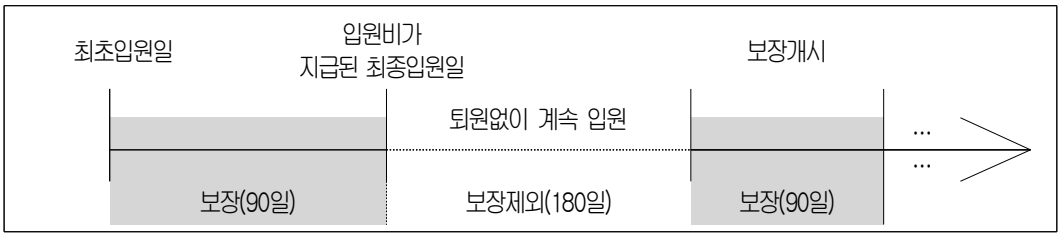
< 요양병원 암입원비(1일-90일)의 보장개시일 >
(단, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양은 제외)



② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 요양병원 암입원비(1일-90일) 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

③ 동일한 「암관련질병」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 「암관련질병」에 대한 입원이라도 요양병원 암입원비(1일-90일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

④ 다음과 같이 요양병원 암입원비(1일-90일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속입원중인 경우에는 요양병원 암입원비(1일-90일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 제3항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원의 경우, 요양병원 암입원비(1일-90일)의 최초계약 가입일부터 지급된 「요양병원 암입원비(1일-90일)」의 누적 지급일수(이하 "누적 지급일수"라 합니다)가 365일을 초과시에는, 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 「요양병원 암입원비(1일-90일)」은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.

⑥ 피보험자가 암보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 요양병원 암입원비(1일-90일)를 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 요양병원 암입원비(1일-90일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 최초 입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우, 1년미만의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 100%를 지급합니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서

정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

13. 암수술비(유사암제외)(최초1회한) 특별약관

13-1. 암수술비(유사암제외)(최초1회한)(통합간편가입형) 특별약관
13-2. 암수술비(유사암제외)(최초1회한) 특별약관

13-1 및 13-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 암수술비(유사암제외)(최초1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)의 「암(유사암제외)」으로 진단이 확정되고, 그 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
암수술비(유사암제외)(최초1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)

① 「암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]

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

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

② 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말합니다.

1. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 「암(유사암제외)」라 함은 제1항의 「암」에서 제2항의 「유사암」을 제외한 암을 말합니다.

④ 「암」, 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」,「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑤ 제4항 제7호의 『항암방사선치료』라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항 제7호의 『항암약물치료』라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)를 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다.

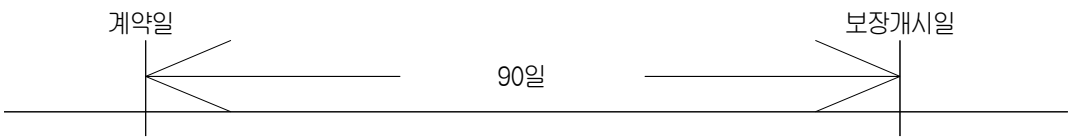
다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의「수술」에서도 제외합니다.

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

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 암수술비(유사암제외)(최초1회한)의 보장개시일은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날입니다.

< 암수술비(유사암제외)(최초1회한)의 보장개시일 >



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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(유사암제외)으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 암수술비(유사암제외)(최초1회한) 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액

을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

14. 암수술비(유사암제외) 특별약관

14-1. 암수술비(유사암제외)(통합간편가입형) 특별약관
14-2. 암수술비(유사암제외) 특별약관

14-1 및 14-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 암수술비(유사암제외) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)의 「암(유사암제외)」로 진단이 확정되고, 그 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 수술1회당 아래의 금액을 지급

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

제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)

① 「암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말합니다.
1. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 「암(유사암제외)」라 함은 제1항의 「암」에서 제2항의 「유사암」을 제외한 암을 말합니다.

④ 「암」, 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
다만, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(Nerve Block)은 제외합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑤ 제4항 제7호의 『항암방사선치료』라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

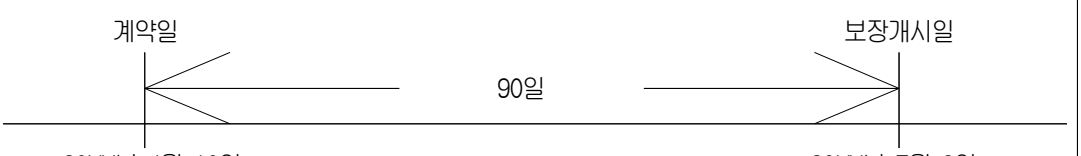
⑥ 제4항 제7호의 『항암약물치료』라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)를 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 「수술」에서도 제외합니다.

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

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 암수술비(유사암제외)의 보장개시일은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날입니다.

< 암수술비(유사암제외)의 보장개시일 >



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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.
② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(유사암제외)으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

15. 유사암수술비 특별약관

15-1. 유사암수술비(통합간편가입형) 특별약관
15-2. 유사암수술비 특별약관

15-1 및 15-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 유사암수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)의 「유사암」으로 진단이 확정되고, 그 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 수술1회당 아래의 금액을 지급

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
유사암 수술비	갑상선암 기타피부암 제자리암 경계성종양	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)
① 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말합니다.

1. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과 보고 시점으로 합니다.

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

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑤ 제4항 제7호의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항 제7호의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의「수술」에서도 제외합니다.

용어의 정의

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

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

16. 항암방사선약물치료비 특별약관

16-1. 항암방사선약물치료비(통합간편가입형) 특별약관
16-2. 항암방사선약물치료비 특별약관

16-1 및 16-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 항암방사선약물치료비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」의 정의 및 진단확정)의 「암」등으로 진단이 확정되고 그 「암」의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 항암방사선치료 또는 항암약물치료 중 최초로 발생한 치료에 대해서 아래 구분에 따라 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

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

제2조(「암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」의 정의)

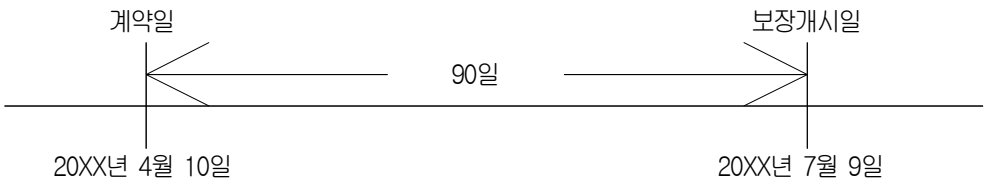
① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

< 항암방사선약물치료비의 보장개시일 >
(단, 갑상선암, 기타피부암은 제외)



② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에도 불구하고 「암」으로 항암방사선약물치료비를 받은 후 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 항암방사선약물치료를 받은 경우에는 추가적으로 항암방사선약물치료비는 보상하지 않습니다. 그러나, 「기타피부암」또는「갑상선암」으로 항암방사선약물치료비를 받은 후 「암」으로 항암방사선약물치료를 받은 경우에는 「암」에 해당하는 보험금을 지급합니다.

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 항암방사선약물치료비(단, 갑상선암, 기타피부암으로 진단 확정된 경우는 제외합니다) 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

17. 뇌출혈진단비 특별약관

17-1. 뇌출혈진단비(통합간편가입형) 특별약관
17-2. 뇌출혈진단비 특별약관

17-1 및 17-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 뇌출혈진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「뇌출혈」의 정의 및 진단확정)의 「뇌출혈」로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

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

제2조(「뇌출혈」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌출혈」이라 함은 「뇌출혈 분류표」(【별표15】 참조)에 해당하는 1.거미막하출혈, 2.뇌내출혈, 3.기타 비외상성 두개내 출혈로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「뇌출혈」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌출혈으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌출혈으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]
Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

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

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

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]
Single Photon Emission Computed Tomography. X선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

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

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

18. 급성심근경색증진단비Ⅱ 특별약관

18-1. 급성심근경색증진단비Ⅱ(통합간편가입형) 특별약관
18-2. 급성심근경색증진단비Ⅱ 특별약관

18-1 및 18-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 급성심근경색증진단비Ⅱ : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「급성심근경색증」의 정의 및 진단확

정)의 「급성심근경색증」으로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
급성심근경색증진단비II	계약일로부터 90일미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	계약일로부터 90일이상 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표16】 참조)에 해당하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「급성심근경색증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 때에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

다만, 회사가 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

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

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

19-1. 질병1~5종수술동반입원비III(통합간편가입형) 특별약관

19-1-1. 질병1~5종수술동반입원비III(통합간편가입형) 특별약관

19-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 이 특별약관은 아래의 총 5개의 세부보장으로 나뉩니다.

보 장
1) 질병1~5종수술동반입원비III(1종)(1일-2일) 보장 2) 질병1~5종수술동반입원비III(2종)(1일-4일) 보장 3) 질병1~5종수술동반입원비III(3종)(1일-6일) 보장 4) 질병1~5종수술동반입원비III(4종)(1일-8일) 보장 5) 질병1~5종수술동반입원비III(5종)(1일-10일) 보장

② 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 질병1~5종수술동반입원비III : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 다음 각 목에 모두 해당하는 경우(이하 "수술동반입원"이라 합니다) 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급
   가. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 계속 입원하여 치료를 받은 경우
   나. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제2조(용어의 정의) 제3항에서 정한 수술을 받는 경우
   다. 상기 가목 및 나목은 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.

구 분	지 급 금 액	
	계약일로부터 1년미만 발생시	계약일로부터 1년이후 발생시
질병1~5종수술동반입원비III(1종)(1일-2일)	입원 1일당 이 세부보장 보험가입금액의 50% (2일한도)	입원 1일당 이 세부보장 보험가입금액(2일한도)
질병1~5종수술동반입원비III(2종)(1일-4일)	입원 1일당 이 세부보장 보험가입금액의 50% (4일한도)	입원 1일당 이 세부보장 보험가입금액(4일한도)
질병1~5종수술동반입원비III(3종)(1일-6일)	입원 1일당 이 세부보장 보험가입금액의 50% (6일한도)	입원 1일당 이 세부보장 보험가입금액(6일한도)
질병1~5종수술동반입원비III(4종)(1일-8일)	입원 1일당 이 세부보장 보험가입금액의 50% (8일한도)	입원 1일당 이 세부보장 보험가입금액(8일한도)
질병1~5종수술동반입원비III(5종)(1일-10일)	입원 1일당 이 세부보장 보험가입금액의 50% (10일한도)	입원 1일당 이 세부보장 보험가입금액(10일한도)

제2조(용어의 정의)

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

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

③ 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것으로, 「1~5종 수술분류표Ⅳ」(【별표34】참조)에서 정한 수술을 말합니다.

④ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우도 제3항의 수술로 간주합니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함
2. 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

⑤ 제4항 제2호의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

⑥ 제3항 내지 제4항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑦ 제3항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

용어의 정의

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 질병1~5종수술동반입원비Ⅲ의 지급일수는 1회 "수술동반입원"당 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 세부보장별 입원일수 한도를 따릅니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호 나목의 수술은 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 입원일수 한도에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 질병1~5종수술동반입원비Ⅲ를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술동반입원비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술동반입원비에서 이미 지급한 수술동반입원비를 차감하고 지급합니다.

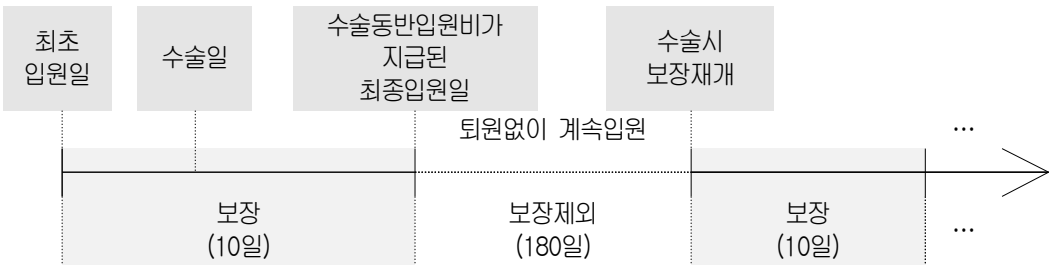
동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우

동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 함은 같은 수술실에서 수술 부위와 관계없이 시간적으로 연속하여 두 종류 이상의 수술을 받는 것을 말합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호 질병1~5종수술동반입원비III는 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병1~5종수술동반입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 "수술"을 받은 경우에는 다른 "수술동반입원"으로 보아 새로운 입원일 1일째 날부터 입원 1일당 질병1~5종수술동반입원비III를 지급합니다.

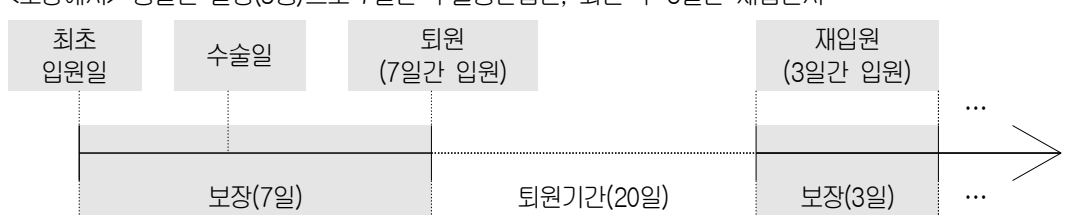
④ 다음과 같이 질병1~5종수술동반입원비III가 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속입원중인 경우에는 질병1~5종수술동반입원비III가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<보상예시> 질병 5종에 해당하는 수술동반입원시



⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병1~5종수술동반입원비III는 "수술" 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다.

<보상예시> 동일한 질병(5종)으로 7일간 수술동반입원, 퇴원 후 3일간 재입원시

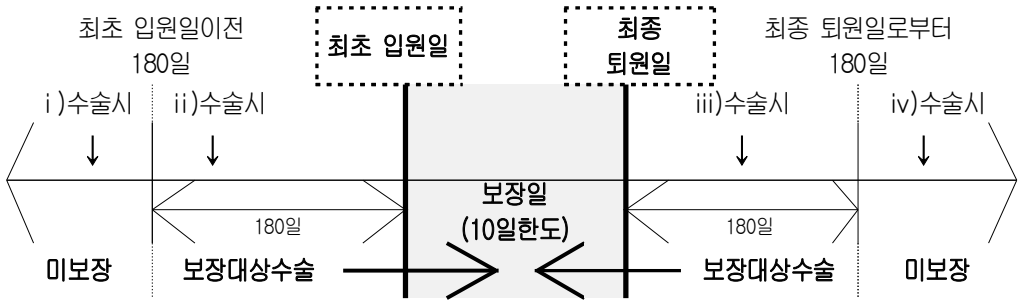


⑥ 피보험자가 보장개시일 이후 "수술동반입원"하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 "수술동반입원"에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 질병1~5종수술동반입원비III를 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자의 본인이 자의적으로 입원할 때에는 회사는 질병1~5종수술동반입원비III의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 "최초 입원일 이전 180일부터 최초 입원일 이내" 또는 "최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전" 수술이며, 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병1~5종수술동반입원비III를 제1항 내지 제7항에 따라 지급합니다. 특히, 같은 질병 치료를 목적으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 제2항에 따라 먼저 한 수술을 기준으로 아래와 같이 보장합니다.

<질병5종 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준>



i) 최초 입원일 이전 180일 전 수술시 미보장
ii) 최초 입원일 이전 180일부터 최초 입원일 이내 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병1~5종수술동반입원비III를 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항 내지 제7항에 따라 보장
iii) 최종입원의 퇴원일로부터 180일 경과일 이전 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병1~5종수술동반입원비III를 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항 내지 제7항에 따라 보장
iv) 최종입원 퇴원일의 180일 경과일 이후 수술시 미보장

⑨ 제1조(보험금의 지급사유)가 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우 1일당 지급금액은 1년미만의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호의 계약일로부터 1년미만 발생시 지급금액을 적용하며, 1년이후의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호의 계약일로부터 1년이후 발생시 지급금액을 적용합니다.

⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제2조(용어의 정의)의 제3항 내지 제7항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

② 회사는 아래의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다. 아래의 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
5. 비만(E66) 수술
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 아래 목적의 치료에 따른 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

19-2. 질병1~5종수술동반입원비IV 특별약관

19-2-1. 질병1~5종수술동반입원비IV 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 이 특별약관은 아래의 총 5개의 세부보장으로 나뉩니다.

보 장
1) 질병1~5종수술동반입원비IV(1종)(1일-2일) 보장
2) 질병1~5종수술동반입원비IV(2종)(1일-4일) 보장
3) 질병1~5종수술동반입원비IV(3종)(1일-6일) 보장
4) 질병1~5종수술동반입원비IV(4종)(1일-8일) 보장
5) 질병1~5종수술동반입원비IV(5종)(1일-10일) 보장

② 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 질병1~5종수술동반입원비IV : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 인하여 다음 각 목에 모두 해당하는 경우(이하 "수술동반입원"이라 합니다) 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급
   가. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 계속 입원하여 치료를 받은 경우
   나. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제2조(용어의 정의) 제3항에서 정한 수술을 받는 경우
   다. 상기 가목 및 나목은 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.

구 분	지 급 금 액	
	계약일로부터 1년미만 발생시	계약일로부터 1년이후 발생시
질병1~5종수술동반입원비IV(1종)(1일-2일)	입원 1일당 이 세부보장 보험가입금액의 50% (2일한도)	입원 1일당 이 세부보장 보험가입금액(2일한도)
질병1~5종수술동반입원비IV(2종)(1일-4일)	입원 1일당 이 세부보장 보험가입금액의 50% (4일한도)	입원 1일당 이 세부보장 보험가입금액(4일한도)
질병1~5종수술동반입원비IV(3종)(1일-6일)	입원 1일당 이 세부보장 보험가입금액의 50% (6일한도)	입원 1일당 이 세부보장 보험가입금액(6일한도)
질병1~5종수술동반입원비IV(4종)(1일-8일)	입원 1일당 이 세부보장 보험가입금액의 50% (8일한도)	입원 1일당 이 세부보장 보험가입금액(8일한도)
질병1~5종수술동반입원비IV(5종)(1일-10일)	입원 1일당 이 세부보장 보험가입금액의 50% (10일한도)	입원 1일당 이 세부보장 보험가입금액(10일한도)

제2조(용어의 정의)

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

② 이 특별약관에서 「계속입원」 이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우

에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것으로, 「1~5종 수술분류표Ⅳ」(【별표34】참조)에서 정한 수술을 말합니다.

④ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우도 제3항의 수술로 간주합니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함
2. 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

⑤ 제4항 제2호의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

⑥ 제3항 내지 제4항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑦ 제3항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

용어의 정의

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 질병1~5종수술동반입원비Ⅳ의 지급일수는 1회 “수술동반입원”당 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 세부보장별 입원일수 한도를 따릅니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호 나목의 수술은 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 입원일수 한도에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 질병1~5종수술동반입원비Ⅳ를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술동반입원비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술동반입원비에서 이미 지급한 수술동반입원비를 차감하고 지급합니다.

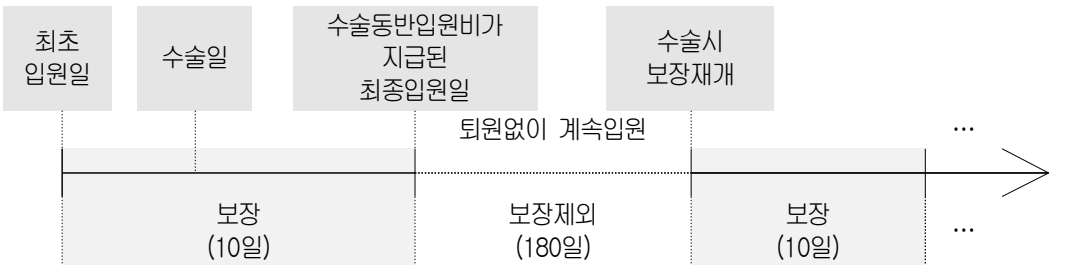
동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우

동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 함은 같은 수술실에서 수술 부위와 관계없이 시간적으로 연속하여 두 종류 이상의 수술을 받는 것을 말합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호 질병1~5종수술동반입원비Ⅳ는 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병1~5종수술동반입원비Ⅳ가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 “수술”을 받은 경우에는 다른 “수술동반입원”으로 보아 새로운 입원일 1일째 날부터 입원 1일당 질병1~5종수술동반입원비Ⅳ를 지급합니다.

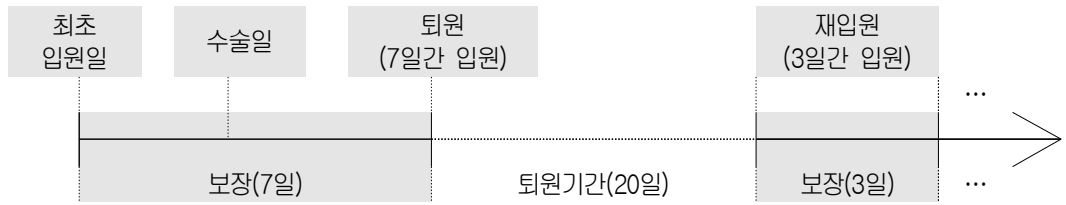
④ 다음과 같이 질병1~5종수술동반입원비Ⅳ가 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병1~5종수술동반입원비Ⅳ가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<보상예시> 질병 5종에 해당하는 수술동반입원시



⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병1~5종수술동반입원비IV는 “수술” 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다.

<보상예시> 동일한 질병(5종)으로 7일간 수술동반입원, 퇴원 후 3일간 재입원시

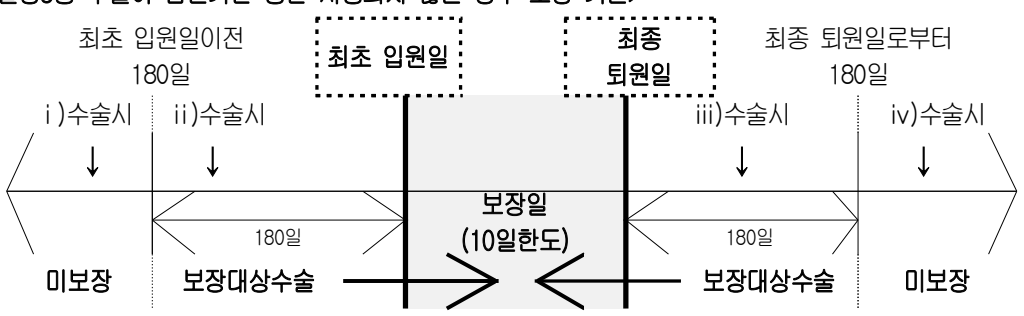


⑥ 피보험자가 보장개시일 이후 “수술동반입원”하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 “수술동반입원”에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 질병1~5종수술동반입원비IV를 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자의 본인이 자의적으로 입원할 때에는 회사는 질병1~5종수술동반입원비IV의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 “최초 입원일 이전 180일부터 최초 입원일 이내” 또는 “최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전” 수술이며, 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병1~5종수술동반입원비IV를 제1항 내지 제7항에 따라 지급합니다. 특히, 같은 질병 치료를 목적으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 제2항에 따라 먼저 한 수술을 기준으로 아래와 같이 보장합니다.

<질병5종 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준>



i) 최초 입원일 이전 180일 전 수술시 미보장

ii) 최초 입원일 이전 180일부터 최초 입원일 이내 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병1~5종수술동반입원비IV를 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항 내지 제7항에 따라 보장

iii) 최종입원의 퇴원일로부터 180일 경과일 이전 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병1~5종수술동반입원비IV를 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항 내지 제7항에 따라 보장

iv) 최종입원 퇴원일의 180일 경과일 이후 수술시 미보장

⑨ 제1조(보험금의 지급사유)가 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우 1일당 지급금액은 1년미만의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호의 계약일로부터 1년미만 발생시 지급금액을 적용하며, 1년이후의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호의 계약일로부터 1년이후 발생시 지급금액을 적용합니다.

⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제2조(용어의 정의)의 제3항 내지 제7항에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

② 회사는 아래의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다. 아래의 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
5. 비만(E66) 수술
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 아래 목적의 치료에 따른 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진 예방접종, 인공유산.
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질

환

5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

20. 뇌출혈 및 급성심근경색증수술비 특별약관

20-1. 뇌출혈 및 급성심근경색증수술비(통합간편가입형) 특별약관
20-2. 뇌출혈 및 급성심근경색증수술비 특별약관

20-1 및 20-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 뇌출혈 및 급성심근경색증수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「뇌출혈」 및 「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정)의 「뇌출혈」 또는 「급성심근경색증」으로 진단확정되고 「뇌출혈」 또는 「급성심근경색증」의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

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

제2조(「뇌출혈」 및 「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌출혈」이라 함은 【별표15】「뇌출혈 분류표」 해당하는 1.거미막하출혈, 2.뇌내출혈, 3.기타 비외상성 두개내 출혈로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항의 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

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

[자기공명영상(MRI)]

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

[뇌혈관조영술]

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

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]

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

[양전자 방출 단층술(PET)]

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

[뇌척수액 검사]

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

③ 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표16】 참조)에 해당하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 제3항의 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원

또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

용어의 정의

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

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

21. 뇌졸중진단비Ⅱ 특별약관

21-1. 뇌졸중진단비Ⅱ(통합간편가입형) 특별약관
21-2. 뇌졸중진단비Ⅱ 특별약관

21-1 및 21-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 뇌졸중진단비Ⅱ : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「뇌졸중」의 정의 및 진단확정)의 「뇌졸중」으로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
뇌졸중 진단비Ⅱ	계약일로부터 90일미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	계약일로부터 90일이상 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「뇌졸중」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표17】 참조)에 해당하는 1. 거미막하출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항의 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 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

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]
Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

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

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

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]
Single Photon Emission Computed Tomography. X선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.
② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 뇌졸중진단비II 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

22. 순환계질환진단비(특정질병 및 2대질병제외) 특별약관

22-1. 순환계질환진단비(특정질병 및 2대질병제외)(통합간편가입형) 특별약관
22-2. 순환계질환진단비(특정질병 및 2대질병제외) 특별약관

22-1 및 22-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합

니다.

1. 순환계질환진단비(특정질병 및 2대질병제외) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」의 정의 및 진단확정)의 「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」으로 진단 확정된 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
순환계질환 (특정질병 및 2대질병제외) 진단비	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외) 분류표」(【별표83】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서「2대질병」이라 함은「뇌혈관질환」및「허혈성심질환」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

1.「뇌혈관질환」은「뇌혈관질환 분류표」(【별표19】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2.「허혈성심질환」은「허혈성심질환 분류표」(【별표18】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「특정질병」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서「특정순환계질환Ⅱ 분류표」(【별표85】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

④「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 혈액검사(혈액 중 심장효소검사 등), 뇌척수액 검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

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

가. 보험기간 중「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

다만, 회사가 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 순환계질환진단비(특정질병 및 2대질병제외) 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

23. 허혈성심질환진단비Ⅱ 특별약관

23-1. 허혈성심질환진단비Ⅱ(통합간편가입형) 특별약관
23-2. 허혈성심질환진단비Ⅱ 특별약관
23-3. 허혈성심질환진단비Ⅱ(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관
23-4. 허혈성심질환진단비Ⅱ(갱신형_20년) 특별약관

23-1 및 23-2는 비갱신형으로 운영하며,
23-3 및 23-4는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 허혈성심질환진단비Ⅱ : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「허혈성심질환」의 정의 및 진단확정)의 「허혈성심질환」으로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
허혈성심질환 진단비Ⅱ	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 90일미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 10%
		계약일로부터 90일이상 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「허혈성심질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「허혈성심질환」이라 함은 「허혈성심질환 분류표」(【별표18】 참조)에 해당하는 허혈성심질환으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「허혈성심질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.
② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

23-3. 허혈성심질환진단비Ⅱ(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 및 23-4. 허혈성심질환진단비Ⅱ(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 허혈성심질환진단비Ⅱ 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

24-1. 뇌혈관질환수술비Ⅱ(통합간편가입형) 특별약관

24-1-1. 뇌혈관질환수술비Ⅱ(통합간편가입형) 특별약관

24-1-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 뇌혈관질환수술비Ⅱ : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「뇌혈관질환」의 정의 및 진단확정)의 「뇌혈관질환」의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
뇌혈관질환수술비Ⅱ	계약일로부터 90일미만 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액의 10%
	계약일로부터 90일이상 1년미만 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(「뇌혈관질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표19】참조)에 해당하는 1. 거미막하 출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 8. 기타 뇌혈관 질환, 9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 10. 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]
Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

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

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

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]
Single Photon Emission Computed Tomography. X선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

용어의 정의

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

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

24-2. 뇌혈관질환수술비Ⅱ 특별약관

24-2-1. 뇌혈관질환수술비Ⅱ 특별약관

24-2-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 뇌혈관질환수술비Ⅱ : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「뇌혈관질환」의 정의 및 진단확정)의 「뇌혈관질환」으로 진단확정되고 「뇌혈관질환」의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
뇌혈관질환수술비Ⅱ	계약일로부터 90일미만 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액의 10%
	계약일로부터 90일이상 1년미만 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(「뇌혈관질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표19】 참조)에 해당하는 1. 거미막하 출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 8. 기타 뇌혈관 질환, 9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 10. 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

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

[자기공명영상(MRI)]

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

[뇌혈관조영술]

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

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]
Single Photon Emission Computed Tomography. X선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.
③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

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

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

25-1. 허혈성심질환수술비Ⅱ(통합간편가입형) 특별약관

25-1-1. 허혈성심질환수술비Ⅱ(통합간편가입형) 특별약관

25-1-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 허혈성심질환수술비Ⅱ : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「허혈성심질환」의 정의 및 진단확정)의 「허혈성심질환」의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
허혈성심질환수술비Ⅱ	계약일로부터 90일미만 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액의 10%
	계약일로부터 90일이상 1년미만 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(「허혈성심질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「허혈성심질환」이라 함은 「허혈성심질환 분류표」(【별표18】참조)에 해당하는 1. 협심증, 2. 급성심근경색증, 3. 후속심근경색증, 4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증, 5. 기타 급성 허혈심장질환, 6. 만성 허혈심장병으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「허혈성심질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「허혈성심질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

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

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제3조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

제6조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

25-2. 허혈성심질환수술비Ⅱ 특별약관

25-2-1. 허혈성심질환수술비Ⅱ 특별약관

25-2-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 허혈성심질환수술비Ⅱ : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「허혈성심질환」의 정의 및 진단확정)의 「허혈성심질환」으로 진단확정되고 「허혈성심질환」의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
허혈성심질환수술비Ⅱ	계약일로부터 90일미만 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액의 10%
	계약일로부터 90일이상 1년미만 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(「허혈성심질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「허혈성심질환」이라 함은 「허혈성심질환 분류표」(【별표18】 참조)에 해당하는 1. 협심증, 2. 급성심근경색증, 3. 후속심근경색증, 4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증, 5. 기타 급성 허혈심장질환, 6. 만성 허혈심장병으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「허혈성심질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「허혈성심질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

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

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제3조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

제6조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

26. 혈전용해치료비(1회한) 특별약관
26-1. 혈전용해치료비(1회한)(통합간편가입형) 특별약관
26-2. 혈전용해치료비(1회한) 특별약관

26-1 및 26-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 혈전용해치료비(1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「뇌경색증(I63)」의 정의 및 진단확정)의 「뇌경색증(I63)」 또는 제3조(「급성심근경색증(I21)」의 정의 및 진단확정)의 「급성심근경색증(I21)」으로 진단확정 되고, 의 「혈전용해치료」를 받은 경우 세부보장별 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

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

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

보 장
뇌경색증 혈전용해치료비(1회한) 급성심근경색증 혈전용해치료비(1회한)

제2조(「뇌경색증(I63)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「뇌경색증(I63)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 I63(뇌경색증)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「뇌경색증(I63)」의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 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

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

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

[자기공명영상(MRI)]

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

[뇌혈관조영술]

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

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]

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

[양전자 방출 단층술(PET)]

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

[뇌척수액 검사]

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

제3조(「급성심근경색증(I21)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「급성심근경색증(I21)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 I21(급성심근경색증)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「급성심근경색증(I21)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「급성심근경색증(I21)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「급성심근경색증(I21)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증(I21)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 의사(치과의사 및 한의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자가 피보험자의 「뇌경색증(I63)」 및 「급성심근경색증(I21)」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 「뇌혈관」 및 「심혈관」 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 「뇌혈관」 및 「심혈관」부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 혈전용해제 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제7조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 각각의 세부보장에 해당하는 보험금을 지급한 경우에 각각에 대한 회사의 보상책임은 소멸하며, 회사는 소멸되는 부분에 대한 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유) 혈전용해치료비(1회한)의 세부보장별 지급사유가 모두 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

27. 말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비(최초1회한) 특별약관

27-1. 말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비(최초1회한)(통합간편가입형) 특별약관
27-2. 말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비(최초1회한) 특별약관

27-1 및 27-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비(최초1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암」으로 진단 확정되고, 「말기암환자」를 대상으로 하는「호스피스완화의료」 치료를 목적으로 「호스피스전문기관」으로부터 「입원형 호스피스완화치료」를 받은 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비 (최초1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(용어의 정의)

① 이 특별약관에서「말기암환자」이라 함은 함은「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(이하「연명의료결정법」이라 합니다) 제2조(정의) 제3호에 따라 암으로 인해 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 몇 개월 내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 말기환자(末期患者)를 말합니다.

② 이 특별약관에서「호스피스완화의료」라 함은 「연명의료결정법」 제2조(정의) 제6호에서 정한 통증과 증상의 완화를 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료로서, 동 법 제28조(호스피스의 신청)에 따라 해당 「말기암환자」가 제3항에서 정한 「호스피스전문기관」에서 「입원형 호스피스」를 신청하고 제공받은 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관에서「호스피스전문기관」이라 함은 「연명의료결정법」 제25조(호스피스전문기관의 지정 등)에 따라 보건복지부장관에 의하여 지정된 의료기관을 말합니다.

④ 이 특별약관에서「입원형 호스피스완화치료」라 함은 「연명의료결정법」 제25조(호스피스전문기관의 지정 등) 제1항에 따른 입원형 호스피스 전문기관에서 받는 호스피스 완화의료 치료를 말합니다.

⑤ 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용하며,「호스피스전문기관」해당여부는 치료 당시 지정된 기준으로 판단합니다.

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

3. “말기환자(末期患者)”란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

4 ~ 5. **(생 략)**

6. “호스피스・완화의료”(이하 “호스피스”라 한다)란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하“호스피스대상환자”라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.

가. 암 **(생 략)**

제28조(호스피스의 신청)

① 호스피스대상환자가 호스피스전문기관에서 호스피스를 이용하려는 경우에는 호스피스 이용동의서(전자문서로 된 동의서를 포함한다)와 의사가 발급하는 호스피스대상환자임을 나타내는 의사소견서(전자문서로 된 소견서를 포함한다)를 첨부하여 호스피스전문기관에 신청하여야 한다.

② 호스피스대상환자가 의사결정능력이 없을 때에는 미리 지정한 지정대리인이 신청할수 있고 지정대리인이 없을 때에는 제17조 제1항 제3호 각 목의 순서대로 신청할 수 있다.

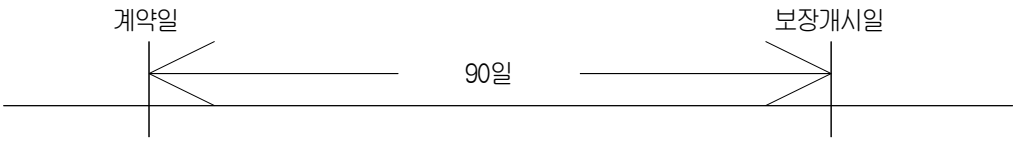
③ 호스피스대상환자는 언제든지 직접 또는 대리인을 통하여 호스피스의 신청을 철회할수 있다.

④ 호스피스의 신청 및 철회 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

< 말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비(최초1회한)의 보장개시일 >



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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 「말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비(최초1회한)」 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

28-1. 신70대특정질병수술비(통합간편가입형) 특별약관

28-1-1. 신70대특정질병수술비(통합간편가입형) 특별약관

28-1-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 신70대특정질병수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「신70대특정질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「신70대특정질병」의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술1회당 아래의 금액을 지급

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
신19대특정 질병수술비	백내장	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 25%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
	그 외 특정질병	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액
19대특정질병수술비II		계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액
22대특정 질병수술비III	당뇨병질환, 고혈압질환	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 25%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
	그 외 특정질병	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액
6대특정질병수술비		계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액
다빈도4대질병수술비II		계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액

② 회사는 제1항에 대하여 아래 각각의 세부보장으로 운영합니다.

구 분	세 부 보 장
1	신19대특정질병수술비
2	19대특정질병수술비Ⅱ
3	22대특정질병수술비Ⅲ
4	6대특정질병수술비
5	다빈도4대질병수술비Ⅱ

제2조(「신70대특정질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「신70대특정질병」이라 함은 「신19대특정질병」, 「19대특정질병Ⅱ」, 「22대특정질병Ⅲ」, 「6대특정질병」, 「다빈도4대질병Ⅱ」 전부를 말합니다.

② 제1항의「신19대특정질병」이라 함은 「신19대특정질병 분류표」(【별표20-1】 참조)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병			
1	백내장	2	관절염
3	생식기질환	4	급성상기도 감염
5	담낭담도질환	6	중이의 진주종
7	귀경화증	8	소화기계통의 양성신생물
9	중이·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물	10	골 및 관절 연골의 양성신생물
11	조직의 양성신생물	12	수막의 양성신생물
13	뇌 및 중추 신경계통의 양성신생물	14	갑상선 및 내분비선의 양성신생물
15	골다공증	16	담석증
17	사타구니탈장	18	편도염
19	축농증		

③ 제1항의「19대특정질병Ⅱ」이라 함은 「19대특정질병Ⅱ 분류표」(【별표20-2】 참조)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병			
1	복막의 질환	2	식도질환
3	위,십이지장질환	4	내이의 질환
5	단일신경병증	6	방광의 결석
7	비감염성장염 및 결장염	8	중이 및 유돌의 질환
9	척추변형	10	척추병증
11	비뇨계통의 기타질환	12	신장 및 요관의 기타장애
13	안면신경장애	14	인후부위의 특정질환
15	비뇨기관의 양성신생물	16	사구체질환
17	신세뇨관-간질질환	18	특정부위의 탈장
19	특정장질환		

④ 제1항의「22대특정질병Ⅲ」이라 함은 「22대특정질병Ⅲ 분류표」(【별표20-3】 참조)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병			
1	심장질환	2	뇌혈관질환
3	간질환	4	위・십이지장궤양
5	동맥경화증	6	만성하부호흡기질환
7	폐렴	8	녹내장
9	황반변성	10	결핵
11	신부전	12	급성췌장염
13	다발경화증	14	대동맥류
15	자율신경계통의 장애	16	중추신경계통의 염증성질환
17	췌장질환	18	파킨슨병
19	패혈증	20	폐질환
21	당뇨병질환	22	고혈압질환

⑤ 제1항의「6대특정질병」이라 함은 「6대특정질병 분류표」(【별표20-4】참조)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병			
1	생식기의 양성종양	2	특정누적외상성질환
3	근육장애	4	어깨병변
5	윤활막 및 힘줄장애	6	눈 및 눈부속기관의 특정질환

⑥ 제1항의「다빈도 4대질병Ⅱ」이라 함은 「다빈도4대질병Ⅱ 분류표」(【별표33-7】참조)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병			
1	유방의 양성신생물	2	유방의 장애
3	후각특정질환	4	갑상선질환

⑦ 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 수술1회당 질병코드가 두 가지 이상인 경우에는 그 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술보험금만 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다.

예시 : 세부보장별 가입금액

특정 질병수술비				
신19대	19대Ⅱ	22대Ⅲ	6대	다빈도4대Ⅱ
10만원	20만원	100만원	5만원	5만원

(사례1)

○ A18.14+(남성생식기관의 결핵)과 N51.1*(달리 분류된 질환에서의 고환 및 부고환의 장애)를 동시에 진단받고 수술한 경우

진단코드	세부담보별 보상분류	가입금액
A18.14+	22대특정질병수술비Ⅲ의 “10.결핵”	100만원
	신19대특정질병수술비의 “3.생식기질환”	10만원
N51.1*	신19대특정질병수술비의 “3.생식기질환”	10만원

⇒ 높은 보험가입금액에 해당하는 100만원 지급

(사례2)

○ K23.0*(결핵성 식도염)과 A18.82+(달리 분류되지 않은 소화기간의 결핵)을 동시에 진단받고 수술한 경우

진단코드	세부담보별 보상분류	가입금액
K23.0*	19대특정질병수술비Ⅱ의 “2.식도질환”	20만원
A18.82+	22대특정질병수술비Ⅲ의 “10.결핵”	100만원
	19대특정질병수술비Ⅱ의 “2.식도질환”	20만원

· K23.0*(결핵성 식도염)에 해당하는 20만원을 먼저 지급했다면,
⇒ A18.82+(달리 분류되지 않은 소화기간의 결핵)에 해당하는 보험금에서 차액 지급
(100만원 - 20만원 = 80만원)

⑧ 제1항의 「신70대특정질병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.
단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우도 수술로 간주합니다.
1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함
2. 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술.
다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

③ 제2항 제2호의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.

④ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

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

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제3조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

제6조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

28-2. 신70대특정질병수술비 특별약관
28-2-1. 신70대특정질병수술비 특별약관

28-2-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)
① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 신70대특정질병수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「신70대특정질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「신70대특정질병」으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술1회당 아래의 금액을 지급

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
신19대특정 질병수술비	백내장	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 25%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
	그 외 특정질병	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액
19대특정질병수술비Ⅱ		계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액
22대특정 질병수술비Ⅲ	당뇨병질환, 고혈압질환	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 25%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
	그 외 특정질병	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액
6대특정질병수술비		계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액
다빈도4대질병수술비Ⅱ		계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액

② 회사는 제1항에 대하여 아래 각각의 세부보장으로 운영합니다.

구 분	세 부 보 장
1	신19대특정질병수술비
2	19대특정질병수술비Ⅱ
3	22대특정질병수술비Ⅲ
4	6대특정질병수술비
5	다빈도4대질병수술비Ⅱ

제2조(「신70대특정질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「신70대특정질병」이라 함은 「신19대특정질병」, 「19대특정질병Ⅱ」, 「22대특정질병Ⅲ」, 「6대특정질병」, 「다빈도4대질병Ⅱ」 전부를 말합니다.

② 제1항의「신19대특정질병」이라 함은 「신19대특정질병 분류표」(【별표20-1】 참조)에 해당하는 아래의

질병을 말합니다.

대상이 되는 질병			
1	백내장	2	관절염
3	생식기질환	4	급성상기도 감염
5	담낭담도질환	6	중이의 진주종
7	귀경화증	8	소화기계통의 양성신생물
9	중이·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물	10	골 및 관절 연골의 양성신생물
11	조직의 양성신생물	12	수막의 양성신생물
13	뇌 및 중추 신경계통의 양성신생물	14	갑상선 및 내분비선의 양성신생물
15	골다공증	16	담석증
17	사타구니탈장	18	편도염
19	축농증		

③ 제1항의「19대특정질병II」이라 함은 「19대특정질병II 분류표」(【별표20-2】참조)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병			
1	복막의 질환	2	식도질환
3	위,십이지장질환	4	내이의 질환
5	단일신경병증	6	방광의 결석
7	비감염성장염 및 결장염	8	중이 및 유돌의 질환
9	척추변형	10	척추병증
11	비뇨계통의 기타질환	12	신장 및 요관의 기타장애
13	안면신경장애	14	인후부위의 특정질환
15	비뇨기관의 양성신생물	16	사구체질환
17	신세뇨관-간질질환	18	특정부위의 탈장
19	특정장질환		

④ 제1항의「22대특정질병III」이라 함은 「22대특정질병III 분류표」(【별표20-3】참조)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병			
1	심장질환	2	뇌혈관질환
3	간질환	4	위・십이지장궤양
5	동맥경화증	6	만성하부호흡기질환
7	폐렴	8	녹내장
9	황반변성	10	결핵
11	신부전	12	급성췌장염
13	다발경화증	14	대동맥류
15	자율신경계통의 장애	16	중추신경계통의 염증성질환
17	췌장질환	18	파킨슨병
19	패혈증	20	폐질환
21	당뇨병질환	22	고혈압질환

⑤ 제1항의「6대특정질병」이라 함은 「6대특정질병 분류표」(【별표20-4】 참조)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병			
1	생식기의 양성종양	2	특정누적외상성질환
3	근육장애	4	어깨병변
5	윤활막 및 힘줄장애	6	눈 및 눈부속기관의 특정질환

⑥ 제1항의「다빈도 4대질병Ⅱ」이라 함은 「다빈도4대질병Ⅱ 분류표」(【별표33-7】 참조)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병			
1	유방의 양성신생물	2	유방의 장애
3	후각특정질환	4	갑상선질환

⑦ 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 수술1회당 질병코드가 두 가지 이상인 경우에는 그 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술보험금만 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다.

예시 : 세부보장별 가입금액

특정 질병수술비				
신19대	19대Ⅱ	22대Ⅲ	6대	다빈도4대Ⅱ
10만원	20만원	100만원	5만원	5만원

(사례1)

○ A18.14+(남성생식기관의 결핵)과 N51.1*(달리 분류된 질환에서의 고환 및 부고환의 장애)를 동시에 진단받고 수술한 경우

진단코드	세부담보별 보상분류	가입금액
A18.14+	22대특정질병수술비Ⅲ의 “10.결핵”	100만원
	신19대특정질병수술비의 “3.생식기질환”	10만원
N51.1*	신19대특정질병수술비의 “3.생식기질환”	10만원

⇒ 높은 보험가입금액에 해당하는 100만원 지급

(사례2)

○ K23.0*(결핵성 식도염)과 A18.82+(달리 분류되지 않은 소화기간의 결핵)을 동시에 진단받고 수술한 경우

진단코드	세부담보별 보상분류	가입금액
K23.0*	19대특정질병수술비Ⅱ의 “2.식도질환”	20만원
A18.82+	22대특정질병수술비Ⅲ의 “10.결핵”	100만원
	19대특정질병수술비Ⅱ의 “2.식도질환”	20만원

· K23.0*(결핵성 식도염)에 해당하는 20만원을 먼저 지급했다면,
⇒ A18.82+(달리 분류되지 않은 소화기간의 결핵)에 해당하는 보험금에서 차액 지급
(100만원 - 20만원 = 80만원)

⑧ 제1항의 「신70대특정질병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의한 진단서

에 의합니다.
단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우도 수술로 간주합니다.
1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함
2. 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술.
다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.
③ 제2항 제2호의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.
④ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

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

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

29-1. 질병1~5종수술비Ⅱ(동일질병당)(통합간편가입형) 특별약관

29-1-1. 질병1~5종수술비Ⅱ(동일질병당)(통합간편가입형) 특별약관

29-1-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 질병1~5종수술비Ⅱ(동일질병당) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「1-5종 수술분류표Ⅲ」(【별표6】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
질병1~5종수술비Ⅱ (동일질병당)	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

보 장
질병1~5종수술비Ⅱ(동일질병당)(1종) 보장
질병1~5종수술비Ⅱ(동일질병당)(2종) 보장
질병1~5종수술비Ⅱ(동일질병당)(3종) 보장
질병1~5종수술비Ⅱ(동일질병당)(4종) 보장
질병1~5종수술비Ⅱ(동일질병당)(5종) 보장

제2조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우도 수술로 간주합니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함
2. 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

③ 제2항 제2호의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.

④ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원

이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

용어의 정의

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

⑥ 제1항 내지 제5항에도 불구하고 「1-5종 수술분류표III」(【별표6】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 같은 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나, 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 1회에 한하여 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술보험금을 지급합니다.
이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제2조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

② 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병1~5종수술비II(동일질병당)에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험

금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
5. 비만(E66) 수술
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84,K60~K62,K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병1~5종수술비Ⅱ(동일질병당)에 대하여는 보상하지 않습니다.

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

29-2. 질병1~5종수술비Ⅱ(동일질병당)(1년미만50%감액지급) 특별약관

29-2-1. 질병1~5종수술비Ⅱ(동일질병당)(1년미만50%감액지급) 특별약관

29-2-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 질병1~5종수술비Ⅱ(동일질병당)(1년미만50%감액지급) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「1-5종 수술분류표Ⅲ」(【별표6】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
질병1~5종수술비Ⅱ (동일질병당) (1년미만50%감액지급)	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

보 장
질병1~5종수술비Ⅱ(동일질병당)(1종)(1년미만50%감액지급) 보장
질병1~5종수술비Ⅱ(동일질병당)(2종)(1년미만50%감액지급) 보장
질병1~5종수술비Ⅱ(동일질병당)(3종)(1년미만50%감액지급) 보장
질병1~5종수술비Ⅱ(동일질병당)(4종)(1년미만50%감액지급) 보장
질병1~5종수술비Ⅱ(동일질병당)(5종)(1년미만50%감액지급) 보장

제2조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우도 수술로 간주합니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함
2. 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

③ 제2항 제2호의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.

④ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

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

⑥ 제1항 내지 제5항에도 불구하고 「1-5종 수술분류표III」(【별표6】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 같은 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나, 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 1회에 한하여 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술보험금을 지급합니다.
이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다.
② 제1항에도 불구하고 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.
③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제2조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병1~5종수술비II(동일질병당)에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
5. 비만(E66) 수술
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84,K60~K62,K64)

8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병1~5종수술비Ⅱ(동일질병당)에 대하여는 보상하지 않습니다.

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

30. 뇌혈관질환진단비Ⅱ 특별약관

30-1. 뇌혈관질환진단비Ⅱ(통합간편가입형) 특별약관
30-2. 뇌혈관질환진단비Ⅱ 특별약관
30-3. 뇌혈관질환진단비Ⅱ(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관
30-4. 뇌혈관질환진단비Ⅱ(갱신형_20년) 특별약관

30-1 및 30-2는 비갱신형으로 운영하며,
30-3 및 30-4는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 뇌혈관질환진단비Ⅱ : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「뇌혈관질환」의 정의 및 진단확정)의 「뇌혈관질환」으로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
뇌혈관질환진단비Ⅱ	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 90일미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 10%
		계약일로부터 90일이상 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「뇌혈관질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표19】참조)에 해당하는 1. 거미막하 출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 8. 기타 뇌혈관 질환, 9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 10. 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「뇌혈관질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

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

[자기공명영상(MRI)]

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

[뇌혈관조영술]

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

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]

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

[양전자 방출 단층술(PET)]
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

30-3. 뇌혈관질환진단비II(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 및 30-4. 뇌혈관질환진단비II(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

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

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

31. 유사암진단비III 특별약관

31-1. 유사암진단비III(통합간편가입형) 특별약관
31-2. 유사암진단비III 특별약관

31-1 및 31-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

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

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

제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)

① 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말합니다.

1. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과 보고 시점으로 합니다.

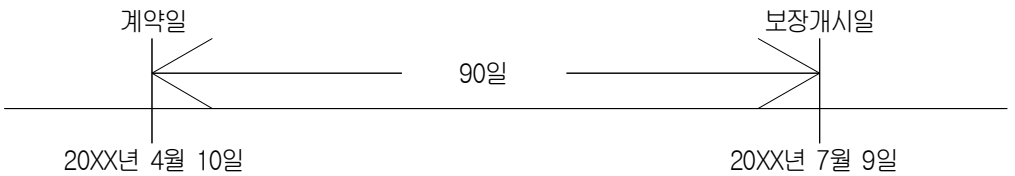
③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 유사암진단비III의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

< 유사암진단비III의 보장개시일 >



② 다만, 제1항에 해당하는 질병이 제7조(특별약관의 소멸) 제1항 따른 이 특별약관의 소멸사유에 해당하고, 회사가 제7조(특별약관의 소멸) 제2항의 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「유사암」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」으로 각각 진단받아 유사암진단비 지급사유가 각1회씩 총4회 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 최종 손해보장의 원인이 생긴때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

32-1. 5대기관질병수술비Ⅱ(통합간편가입형) 특별약관

32-1-1. 5대기관질병수술비Ⅱ(통합간편가입형) 특별약관

32-1-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 5대기관질병수술비Ⅱ : 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌질환Ⅱ, 심장질환, 간질환, 폐질환 또는 신장질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 각각의 질병에 대하여 관혈수술 및 비관혈수술을 각각 최초1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분		경과기간	지급금액
5대기관질병 수술비Ⅱ	관혈수술 (세부보장별 최초1회)	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액
	비관혈수술 (세부보장별 최초1회)	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

관혈수술 보장	비관혈수술 보장
뇌질환Ⅱ 관혈수술비 보장	뇌질환Ⅱ 비관혈수술비 보장
심장질환 관혈수술비 보장	심장질환 비관혈수술비 보장
간질환 관혈수술비 보장	간질환 비관혈수술비 보장
폐질환 관혈수술비 보장	폐질환 비관혈수술비 보장
신장질환 관혈수술비 보장	신장질환 비관혈수술비 보장

제2조(「5대기관질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「5대기관질병」이라 함은 「5대기관질병 분류표」(【별표21】참조)에 해당하는 뇌질환Ⅱ, 심장질환, 간질환, 폐질환 및 신장질환으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항의 뇌질환Ⅱ, 심장질환, 간질환, 폐질환 및 신장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

뇌질환Ⅱ의 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 하며, 심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「5대기관질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 이 특별약관에서 「관혈수술」이라 함은 병변부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부

에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술을 하는 것을 말하며, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 관혈수술에 준하여 보상합니다.

④ 이 특별약관에서 「비관혈수술」이라 함은 「내시경수술」,「카테터수술」,「신의료수술」을 말합니다.

1. 「내시경수술」이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 직접영상(조영제 등을 통한 간접영상은 제외)을 통하여 보면서 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 다만, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 제외합니다.
2. 「카테터수술」인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 '도관을 이용한 약물주입'과 '중심정맥관 삽입술'은 제외합니다.
3. 「신의료수술」함은 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 5대 기관별 특정질환의 직접치료를 목적으로 하는 '치료적 방사선 조사'를 포함합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 '도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입'과 '중심정맥관 삽입술'은 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑥ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

용어의 정의

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

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 피보험자가 관혈수술과 비관혈수술을 동시에 받은 경우에는 관혈수술비만 지급합니다.
단, 관혈수술비가 이미 지급되어 1회한도를 초과하는 경우에는 비관혈수술비를 지급하며, 비관혈수술비도 이미 지급되어 1회한도를 초과하는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 5대기관질병수술비II 지급사유가 발생된 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 세부보장은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 세부보장의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
② 제1항에 따라 5대기관질병수술비II의 세부보장별로 각 1회씩 모두 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 최종 손해보장의 원인이 생긴 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
③ 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

32-2. 5대기관질병수술비II 특별약관

32-2-1. 5대기관질병수술비II 특별약관

32-2-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 5대기관질병수술비II : 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌질환II, 심장질환, 간질환, 폐질환 또는 신장질환으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 각각의 질병에 대하여 관혈수술 및 비관혈수술을 각각 최초1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분		경과기간	지급금액
5대기관질병 수술비II	관혈수술 (세부보장별 최초1회)	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액
	비관혈수술 (세부보장별 최초1회)	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

관혈수술 보장	비관혈수술 보장
뇌질환II 관혈수술비 보장	뇌질환II 비관혈수술비 보장
심장질환 관혈수술비 보장	심장질환 비관혈수술비 보장
간질환 관혈수술비 보장	간질환 비관혈수술비 보장
폐질환 관혈수술비 보장	폐질환 비관혈수술비 보장
신장질환 관혈수술비 보장	신장질환 비관혈수술비 보장

제2조(「5대기관질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「5대기관질병」이라 함은 「5대기관질병 분류표」(【별표21】참조)에 해당하는 뇌질환II, 심장질환, 간질환, 폐질환 및 신장질환으로 분류되는 질병을 말합니다.
② 제1항의 뇌질환II, 심장질환, 간질환, 폐질환 및 신장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정

한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
뇌질환II의 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 하며, 심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「5대기관질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.
③ 이 특별약관에서 「관혈수술」이라 함은 병변부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술을 하는 것을 말하며, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 관혈수술에 준하여 보상합니다.
④ 이 특별약관에서 「비관혈수술」이라 함은 「내시경수술」,「카테터수술」,「신의료수술」을 말합니다.
1.「내시경수술」이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 직접영상(조영제 등을 통한 간접영상은 제외)을 통하여 보면서 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 다만, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 제외합니다.
2.「카테터수술」인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 '도관을 이용한 약물주입'과 '중심정맥관 삽입술'은 제외합니다.
3.「신의료수술」함은 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 5대 기관별 특정질환의 직접치료를 목적으로 하는 '치료적 방사선 조사'를 포함합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 '도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입'과 '중심정맥관 삽입술'은 제외합니다.
⑤ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
⑥ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

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

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 피보험자가 관혈수술과 비관혈수술을 동시에 받은 경우에는 관혈수술비만 지급합니다.
단, 관혈수술비가 이미 지급되어 1회한도를 초과하는 경우에는 비관혈수술비를 지급하며, 비관혈수술비도 이미 지급되어 1회한도를 초과하는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 5대기관질병수술비Ⅱ 지급사유가 발생된 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 세부보장은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 세부보장의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 제1항에 따라 5대기관질병수술비Ⅱ의 세부보장별로 각 1회씩 모두 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 최종 손해보장의 원인이 생긴 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

33. 대상포진진단비 특별약관

33-1. 대상포진진단비(통합간편가입형) 특별약관
33-2. 대상포진진단비 특별약관

33-1 및 33-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 대상포진진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「대상포진」의 정의 및 진단확정)의 「대상포진」으로 진단 확정된 경우에는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 지급

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

제2조(「대상포진」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「대상포진」이라 함은 「대상포진 분류표」(【별표22】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
② 「대상포진」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「대상포진」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.
② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 대상포진진단비 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

34. 대상포진눈병진단비 특별약관

34-1. 대상포진눈병진단비(통합간편가입형) 특별약관
34-2. 대상포진눈병진단비 특별약관

34-1 및 34-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 대상포진눈병진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「대상포진눈병」의 정의 및 진단확정)의 「대상포진눈병」으로 진단 확정된 경우에는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 지급

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

제2조(「대상포진눈병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「대상포진눈병」이라 함은 「대상포진눈병 분류표」(【별표23】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「대상포진눈병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「대상포진눈병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

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

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

35. 통풍진단비 특별약관

35-1. 통풍진단비(통합간편가입형) 특별약관
35-2. 통풍진단비 특별약관

35-1 및 35-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 통풍진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「통풍」의 정의 및 진단확정)의 「통풍」으로 진단 확정된 경우에는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 지급

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

제2조(「통풍」의 정의 및 진단확정)

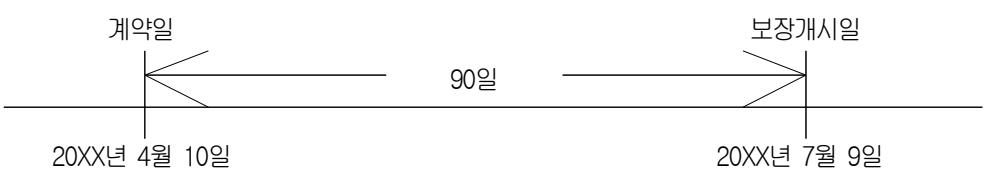
① 이 특별약관에서 「통풍」이라 함은 「통풍 분류표」(【별표24】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「통풍」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며 임상학적 기준을 근거로 혈청 요산 검사, 관절액 채취 및 편광현미경 검사, 기타 혈액 검사 등의 검사 소견 및 초음파, 이중에너지 컴퓨터 단층촬영, 방사선 검사 등의 영상 소견을 기초로 내립니다. 또한 회사가 「통풍」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 통풍 진단비의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

< 통풍진단비의 보장개시일 >



② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제7조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「통풍」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「통풍」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

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

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

36. 순환계질환진단비(특정질병제외) 특별약관

36-1. 순환계질환진단비(특정질병제외)(통합간편가입형) 특별약관
36-2. 순환계질환진단비(특정질병제외) 특별약관

36-1 및 36-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 순환계질환진단비(특정질병제외) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「순환계질환(특정질병제외)」의 정의 및 진단확정)의 「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단 확정된 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

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

제2조(「순환계질환(특정질병제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 분류표」(【별표84】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서「특정질병」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서「특정순환계질환II 분류표」(【별표85】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③「순환계질환(특정질병제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 혈액검사(혈액 중 심장효소검사 등), 뇌척수액 검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가「순환계질환(특정질병제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

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

가. 보험기간 중「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이「순환계질환(특정질병제외)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

다만, 회사가 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

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

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

37. 표적항암약물허가치료비Ⅱ(갱신형_10년) 특별약관

37-1. 표적항암약물허가치료비Ⅱ(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관
37-2. 표적항암약물허가치료비Ⅱ(갱신형_10년) 특별약관

37-1 및 37-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 표적항암약물허가치료비Ⅱ : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)의 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고 그 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료를 직접적인 목적으로 「표적항암약물허가치료」를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
표적항암약물허가치료비Ⅱ	최초계약	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신계약	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액

제2조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제4조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에서 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「표적항암제」란 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.

용어의 정의

· 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

③ 제1항의 「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 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

「안전성과 유효성 인정 범위」확인 방법

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한요양기관에 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, 제2항에서 정한 「표적항암제」이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제4조(항암약물치료의 정의)

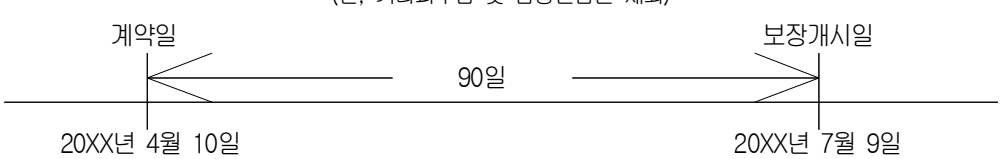
이 특별약관에서 항암약물치료라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

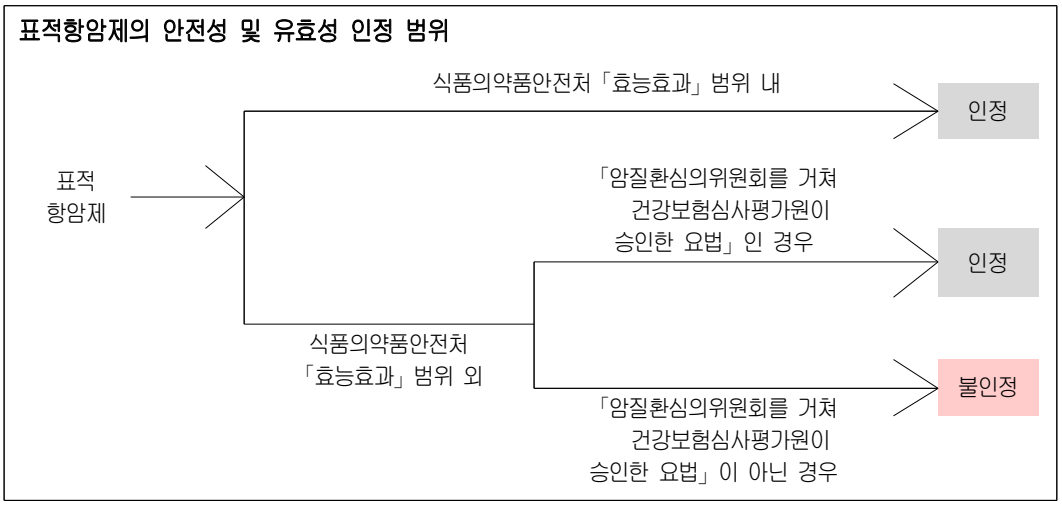
① 제1조(보험금의 지급사유) 표적항암약물허가치료비Ⅱ의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 최초계약의 경우 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
   (단, 갑상선암, 기타피부암에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다)
2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

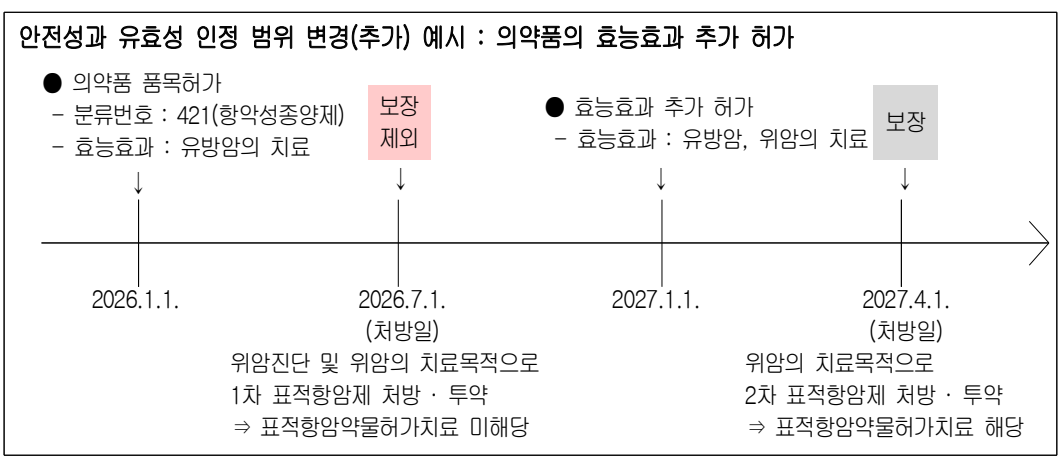
< 표적항암약물허가치료비Ⅱ의 보장개시일 >
(최초계약에 한함)
(단, 기타피부암 및 갑상선암은 제외)

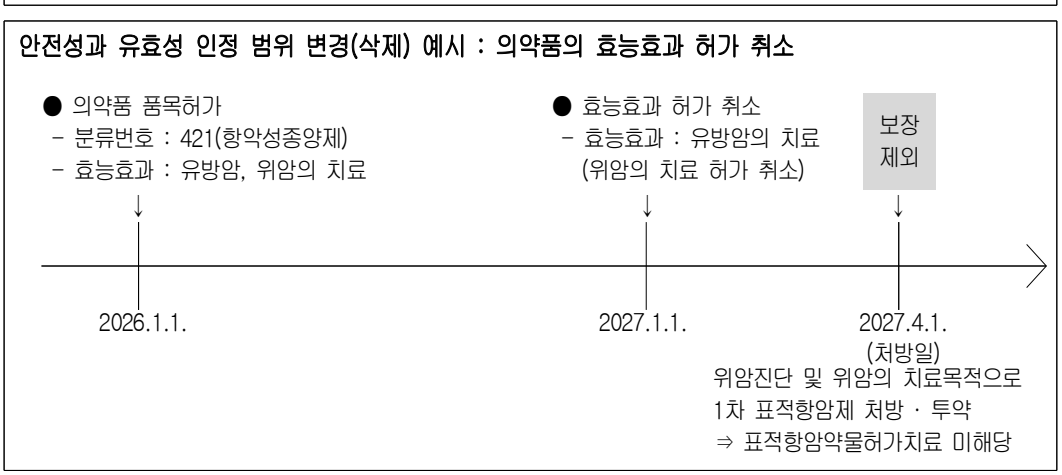


② 제1조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료비Ⅱ는 표적항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.



③ 제1조(보험금의 지급사유)의 「표적항암약물허가치료를 받은 경우」라 함은 표적항암제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제3조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.





④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)

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

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제7조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

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

제8조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(갑상선암, 기타피부암은 제외합니다)으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제10조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제11조(특별약관의 소멸)

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

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

38. 표적항암약물허가치료비Ⅱ(기타피부암 및 갑상선암 이외의 암)(갱신형_10년) 특별약관

38-1. 표적항암약물허가치료비Ⅱ(기타피부암 및 갑상선암 이외의 암)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관
38-2. 표적항암약물허가치료비Ⅱ(기타피부암 및 갑상선암 이외의 암)(갱신형_10년) 특별약관

38-1 및 38-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 표적항암약물허가치료비Ⅱ(기타피부암 및 갑상선암 이외의 암) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(암(기타피부암 및 갑상선암 이외의 암)의 정의 및 진단 확정)의 암으로 진단 확정되고 그 암의 치료를 직접적인 목적으로 「표적항암약물허가치료」를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
표적항암약물허가치료비Ⅱ (기타피부암 및 갑상선암 이외의 암)	최초계약	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신계약	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액

제2조(암(기타피부암 및 갑상선암 이외의 암)의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」, 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제4조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에서 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「표적항암제」란 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.

용어의 정의
· 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

③ 제1항의 「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 건강보험심

사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한요양기관에 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, 제2항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제4조(항암약물치료의 정의)

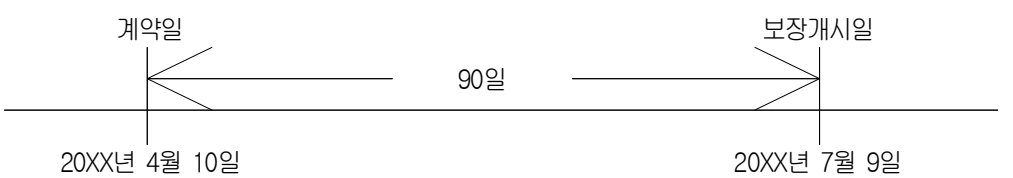
이 특별약관에서 항암약물치료라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

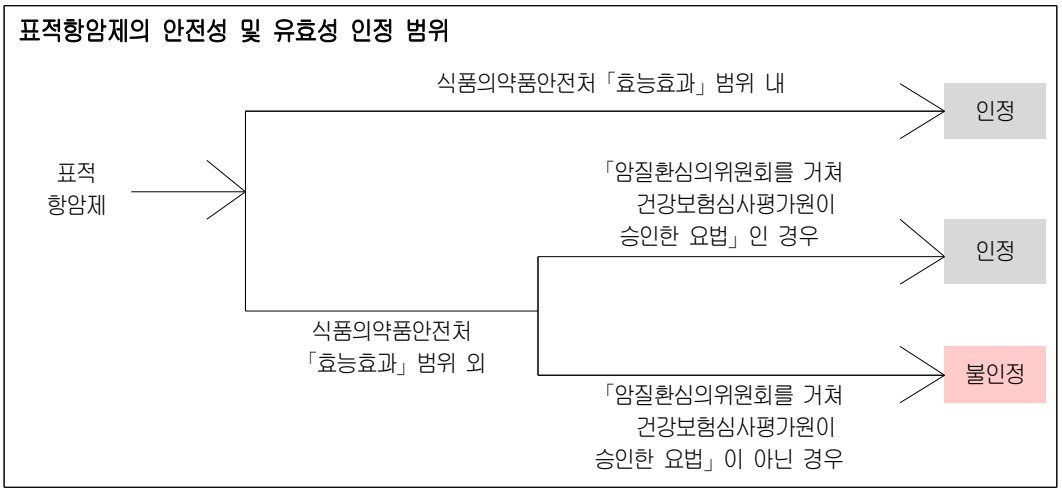
① 제1조(보험금의 지급사유) 표적항암약물허가치료비Ⅱ(기타피부암 및 갑상선이외의 암)의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 최초계약의 경우 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

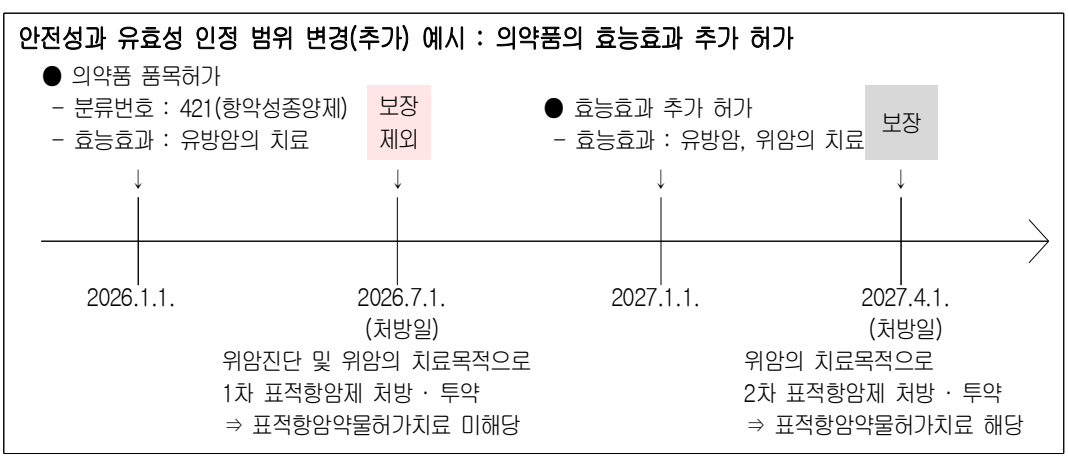
< 표적항암약물허가치료비Ⅱ(기타피부암 및 갑상선암 이외의 암)의 보장개시일 >
(최초계약에 한함)

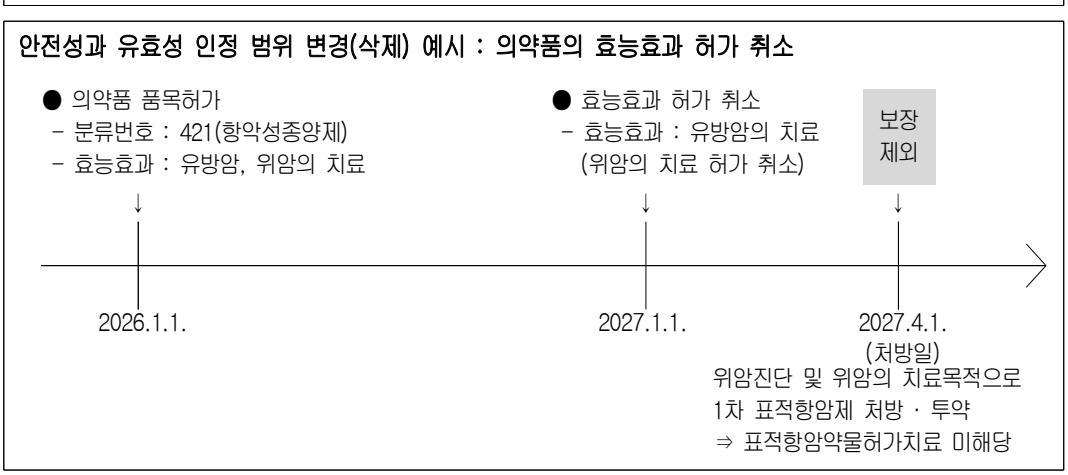


② 제1조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료비Ⅱ(기타피부암 및 갑상선이외의 암)는 표적항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.



③ 제1조(보험금의 지급사유)의 「표적항암약물허가치료를 받은 경우」라 함은 표적항암제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제3조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.





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

합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제7조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

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

제8조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(암(기타피부암 및 갑상선암 이외의 암)의 정의 및 진단 확정)에서 정한 암(기타피부암 및 갑상선암 이외의 암)으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제10조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제11조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료비II(기타피부암 및 갑상선이외의 암) 지급

사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

39-1. 질병입원비(1일-20일)(통합간편가입형) 특별약관

39-1-1. 질병입원비(1일-20일)(통합간편가입형) 특별약관

39-1-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 질병입원비(1일-20일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)에 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 1일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
질병입원비 (1일-20일)	계약일로부터 1년미만 발생시	1일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(20일한도)
	계약일로부터 1년이후 발생시	1일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(20일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

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

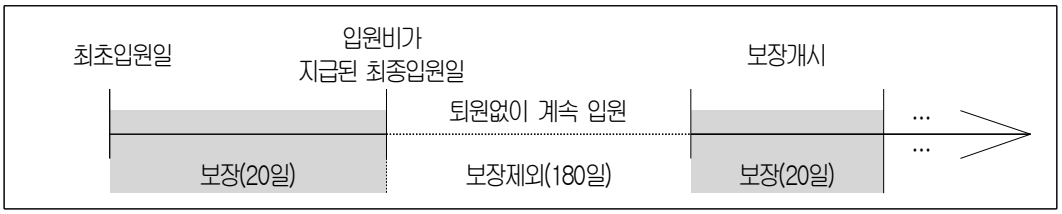
② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병입원비(1일-20일) 지급일수는 1회 입원당 20일을 한도로 합니다.

② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원비(1일-20일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 다음과 같이 질병입원비(1일-20일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원비(1일-20일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 질병입원비(1일-20일)를 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원비(1일-20일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 최초 입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우, 1년미만의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 100%를 지급합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환
5. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
6. 성병
7. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

39-2. 질병입원비(1일-20일) 특별약관

39-2-1. 질병입원비(1일-20일) 특별약관

39-2-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 질병입원비(1일-20일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)에 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 1일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
질병입원비 (1일-20일)	계약일로부터 1년미만 발생시	1일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(20일한도)
	계약일로부터 1년이후 발생시	1일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(20일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

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

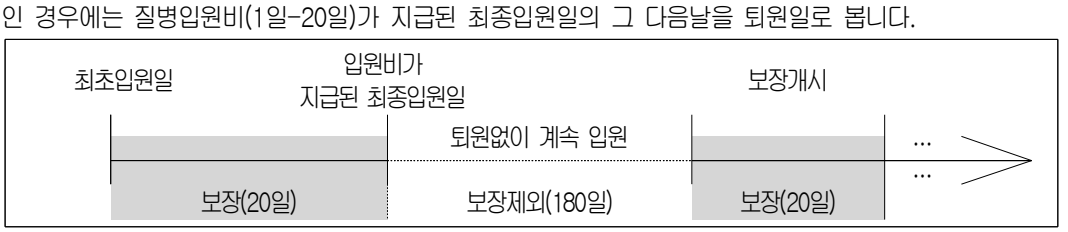
② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병입원비(1일-20일) 지급일수는 1회 입원당 20일을 한도로 합니다.

② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원비(1일-20일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 다음과 같이 질병입원비(1일-20일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원비(1일-20일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 질병입원비(1일-20일)를 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원비(1일-20일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 최초 입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우, 1년미만의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 50%를

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

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환
5. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
6. 성병
7. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

40. 암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한) 특별약관

40-1. 암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한)(통합간편가입형) 특별약관
40-2. 암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한) 특별약관

40-1 및 40-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)의 「암관련질병」으로 진단이 확정되고, 그 「암관련질병의 직접적인 치료」를 목적으로 「상급종합병원」에 통원하였을 때 "암 종류별로 각각" 통원 1회당 연간 30회한도로 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」(이하 「암관련질병」이라 합니다) 이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]

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

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

2. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.
5. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「암관련질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암관련질병」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「암관련질병의 직접적인 치료」의 정의)

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

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

③「암관련질병의 직접적인 치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암관련질병의 직접적인 치료」로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. 암의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. 암의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제4조(용어의 정의)

① 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.<개정 2010. 1. 18.>

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

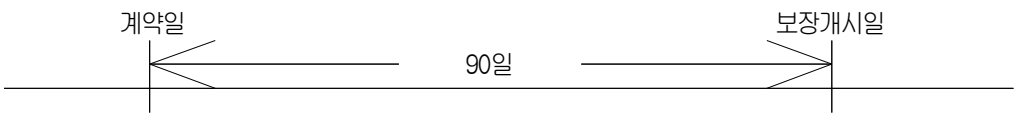
⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.<개정 2010. 1. 18.>

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 「암관련질병」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 「상급종합병원」에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(단, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다)부터 보장이 개시됩니다.

< 암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한)의 보장개시일 >
(단, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양은 제외)



② 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

③ 이 특별약관에서 "암 종류별로 각각"이라 함은 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」 각각을 말합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유)의 암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한)는 "암종류별로 각각" 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간30회를 한도로 지급합니다.

[암 종류별로 각각 연간 30회한도]	[암 종류별로 각각 하루에 2회이상 통원시]
· 암 → 연간30회한도	· 암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도
· 갑상선암 → 연간30회한도	· 갑상선암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도
· 기타피부암 → 연간30회한도	· 기타피부암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도
· 제자리암 → 연간30회한도	· 제자리암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도
· 경계성종양 → 연간30회한도	· 경계성종양 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도

⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 '암관련질병의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원'이란 의사에 의해 「암관련질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「암관련질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암관련질병」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암관련질병」의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
다만 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「암관련질병」으로 진단된 경우에는 이는 「암관련질병」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

⑥ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한)를 지급합니다.

⑦ 피보험자가 「상급종합병원」에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이 취소된 경우 「상급종합병원」의 지정이 취소되기 전날까지의 통원기간에 대하여 암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한)를 지급합니다.

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

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 따릅니다.

제7조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여

회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

41. 3대질병 상급종합병원통원비(연간30회한) 특별약관

41-1. 3대질병 상급종합병원통원비(연간30회한)(통합간편가입형) 특별약관
41-2. 3대질병 상급종합병원통원비(연간30회한) 특별약관

41-1 및 41-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「3대질병」의 정의 및 진단확정) 제2항의 「암관련질병」으로 진단이 확정되고, 그 「암관련질병의 직접적인 치료」를 목적으로 「상급종합병원」에 통원하였을 때 "암 종류별로 각각" 통원 1회당 연간 30회한도로 아래의 금액을 지급
2. 뇌졸중 상급종합병원통원비(연간30회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「3대질병」의 정의 및 진단확정) 제3항의 「뇌졸중」으로 진단이 확정되고, 그 「뇌졸중의 치료를 목적」으로 「상급종합병원」에 통원하였을 때 통원 1회당 연간 30회한도로 아래의 금액을 지급
3. 급성심근경색증 상급종합병원통원비(연간30회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「3대질병」의 정의 및 진단확정) 제4항의 「급성심근경색증」으로 진단이 확정되고, 그 「급성심근경색증의 치료를 목적」으로 「상급종합병원」에 통원하였을 때 통원 1회당 연간 30회한도로 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
3대질병 상급종합병원통원비(연간30회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「3대질병」의 정의 및 진단확정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「3대질병」이라 함은 「암관련질병」, 「뇌졸중」, 「급성심근경색증」을 말합니다.

② 「암관련질병」의 정의 및 진단확정

1. 「암관련질병」이라 함은 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.
2. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]

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

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

3. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
5. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.
6. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.
7. 제2호 내지 제6호의 「암관련질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암관련질병」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
8. 제7호에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암관련질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제7호에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

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

③ 「뇌졸중」의 정의 및 진단확정

1. 제1조(보험금의 지급사유) 제2호의 「뇌졸중」라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표17】 참조)에서 「뇌졸중」 해당하는 1. 거미막하출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착으로 분류되는 질병을 말합니다.
2. 제1호의 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌

혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 '가'와 '나'의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「뇌졸중」 으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「뇌졸중」 으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

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

[자기공명영상(MRI)]

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

[뇌혈관조영술]

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

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]

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

[양전자 방출 단층술(PET)]

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

[뇌척수액 검사]

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

④ 「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정

1. 제1조(보험금의 지급사유) 제3호의 「급성심근경색증」이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표16】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 제1호의 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 '가'와 '나'의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

   가. 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

   나. 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(「암관련질병의 직접적인 치료」의 정의)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한)의 「암관련질병의 직접적인 치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일

한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.

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

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

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

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

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. 암의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. 암의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제4조(용어의 정의)

① 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.<개정 2010. 1. 18.>

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

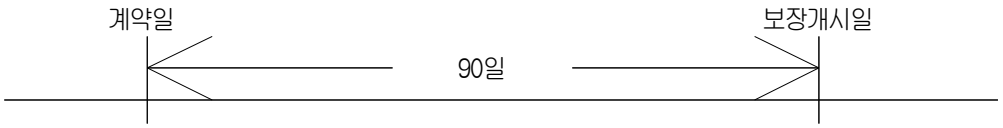
⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.<개정 2010. 1. 18.>

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 「암관련질병」의 직접치료, 「뇌졸중」 및 「급성심근경색증」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 「상급종합병원」에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(단, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다)부터 보장이 개시됩니다.

< 암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한)의 보장개시일 >
(단, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양은 제외)



② 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

③ 이 특별약관에서 "암 종류별로 각각"이라 함은 제2조(「3대질병」의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」 각각을 말합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한)는 "암종류별로 각각" 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간30회를 한도로 지급합니다.

[암 종류별로 각각 연간 30회한도]	[암 종류별로 각각 하루에 2회이상 통원시]
· 암 → 연간30회한도	· 암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도
· 갑상선암 → 연간30회한도	· 갑상선암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도
· 기타피부암 → 연간30회한도	· 기타피부암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도
· 제자리암 → 연간30회한도	· 제자리암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도
· 경계성종양 → 연간30회한도	· 경계성종양 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제2호의 뇌졸중 상급종합병원통원비(연간30회한)는 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간30회를 한도로 지급합니다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제3호의 급성심근경색증 상급종합병원통원비(연간30회한)는 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간30회를 한도로 지급합니다.

⑦ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 '암관련질병의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원'이란 의사에 의해 「암관련질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「암관련질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암관련질병」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암관련질병」의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
다만 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「암관련질병」으로 진단된 경우에는 이는 「암관련질병」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 「뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원」이란 의사에 의해 「뇌졸중」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「뇌졸중」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌졸중」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
다만 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「뇌졸중」으로 진단된 경우에는 이는 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

⑨ 제1조(보험금의 지급사유) 제3호에서 「급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 통원」이란 의사에 의해 「급성심근경색증」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「급성심근경색증」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「급성심근경색증」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
다만 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「급성심근경색증」으로 진단된 경우에는 이는 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

⑩ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 3대질병 상급종합병원통원비(연간30회한)를 지급합니다.

⑪ 피보험자가 「상급종합병원」에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이 취소된 경우 「상급종합병원」의 지정이 취소되기 전날까지의 통원기간에 대하여 3대질병 상급종합병원통원비(연간30회한)를 지급합니다.

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

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제7조(특별약관의 취소)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「3대질병」의 정의 및 진단확정) 제2항 제2호에서 정한 암으로 진단 확정되어 있는 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일이전에 특별약관을 취소할 수 있으며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약일부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」이 발생하였으나 계약자가 특별약관의 취소를 선택하지 않은 때에는 보험계약일부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 「암」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 「암」이 발생한 경우라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

42. 신재진단암진단비Ⅱ(기타피부암,갑상선암 및 전립선암 포함, 5회한) 특별약관

42-1. 신재진단암진단비Ⅱ(기타피부암,갑상선암 및 전립선암 포함, 5회한)(통합간편가입형) 특별약관
42-2. 신재진단암진단비Ⅱ(기타피부암,갑상선암 및 전립선암 포함, 5회한) 특별약관
42-3. 신재진단암진단비Ⅱ(기타피부암,갑상선암 및 전립선암 포함, 5회한)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관
42-4. 신재진단암진단비Ⅱ(기타피부암,갑상선암 및 전립선암 포함, 5회한)(갱신형_20년) 특별약관

42-1 및 42-2는 비갱신형으로 운영하며,
42-3 및 42-4는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 신재진단암진단비Ⅱ(기타피부암,갑상선암 및 전립선암 포함, 5회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 신재진단암의 보장개시일 이후에 제3조(「암(기타피부암, 갑상선암 포함)」 및 「신재진단암」의 정의 및 진단확정) 제2항의 「신재진단암」으로 진단이 확정되었을 때에는 5회에 한하여 아래의 금액을 지급

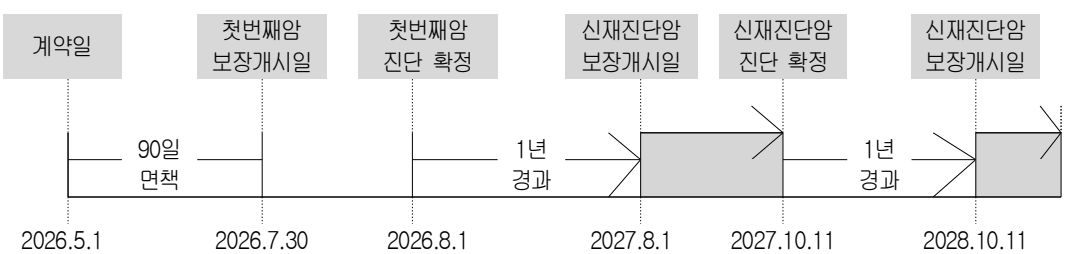
구 분	지 급 금 액
신재진단암진단비Ⅱ (기타피부암,갑상선암 및 전립선암 포함, 5회한)	이 특별약관 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) “신재진단암진단비Ⅱ(기타피부암,갑상선암 및 전립선암 포함, 5회한)”의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 첫 번째 「신재진단암」 : 「첫번째암(기타피부암, 갑상선암 포함)」 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날
2. 두 번째 이후 「신재진단암」 : 직전 「신재진단암」 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년(갱신계약을 포함합니다)이 지난날의 다음날

【 “신재진단암진단비Ⅱ(기타피부암,갑상선암 및 전립선암포함, 5회한)”의 보장개시일 】

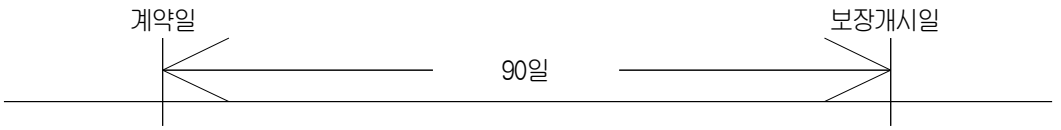


② 제1항 제1호의 「첫번째암(기타피부암, 갑상선암 포함)」은 「첫번째암 보장개시일」이후에 최초로 진단받은「암(기타피부암, 갑상선암 포함)」을 말합니다.

③ 제2항의 「첫번째암 보장개시일」의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우
   - 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. 갱신형(갱신계약)의 경우
   - 이 특별약관의 갱신일

< 첫번째암 보장개시일 >
(비갱신형 및 갱신형(최초계약)에 한함)



④ 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 신재진단암진단비Ⅱ(기타피부암,갑상선암 및 전립선암 포함,5회한)의 보험금 지급횟수는 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약의 경우 갱신계약의 보험기간을 포함합니다) 중에 발생한 보험금 지급사유에 따른 총 지급횟수를 기준으로 합니다.

제3조(「암(기타피부암, 갑상선암 포함)」 및 「신재진단암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(기타피부암, 갑상선암 포함)」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

②「신재진단암」이란 다음 각 호의 「암(기타피부암, 갑상선암 포함)」에 해당하는 경우를 말합니다.
1. 새로운 원발암
2. 전이암
3. 재발암
4. 잔여암

③ 제2항에서 「새로운 원발암」이란 원발부위에 발생한 암으로 「첫번째암(기타피부암, 갑상선암 포함)」 또는 「신재진단암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 「암(기타피부암, 갑상선암 포함)」(이하 「새로운 원발암」이라 합니다)을 말합니다.

④ 제2항에서 「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암(기타피부암, 갑상선암 포함)」을 말합니다.

⑤ 제2항에서 「재발암」이란 「첫번째암(기타피부암, 갑상선암 포함)」 또는 「신재진단암」과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 「첫번째암(기타피부암, 갑상선암 포함)」또는 「신재진단암」의 암세포를 제거한 후 그 「첫번째암(기타피부암, 갑상선암 포함)」또는 「신재진단암」으로 인하여 새롭게 「암(기타피부암, 갑상선암 포함)」이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 「암(기타피부암, 갑상선암 포함)」을 말합니다.

⑥ 제2항에서 「잔여암」이란 제3조(「암(기타피부암, 갑상선암 포함)」및「신재진단암」의 정의 및 진단확정) 제1항의「암(기타피부암, 갑상선암 포함)」으로 발생한 암진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

⑦「첫번째암(기타피부암, 갑상선암 포함)」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「첫번째암(기타피부암, 갑상선암 포함)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제7항에 따른 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「첫번째암(기타피부암, 갑상선암 포함)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

⑨「신재진단암」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「신재진단암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

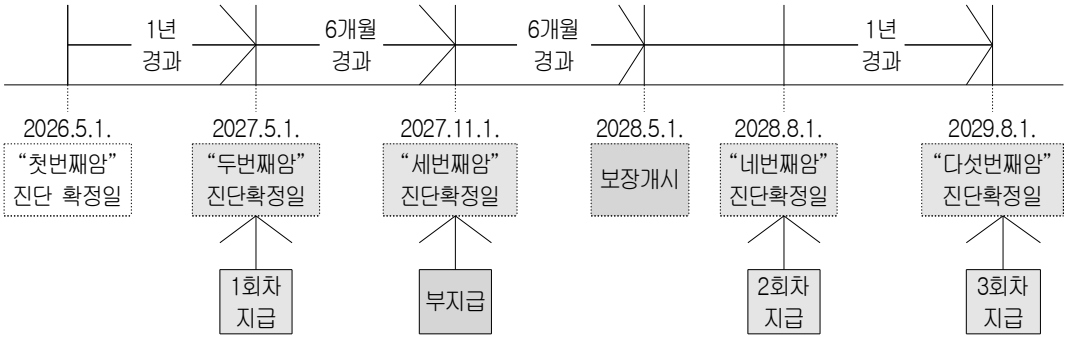
⑩ 제9항에 따른 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「신재진단암」으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)을 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외 합니다.

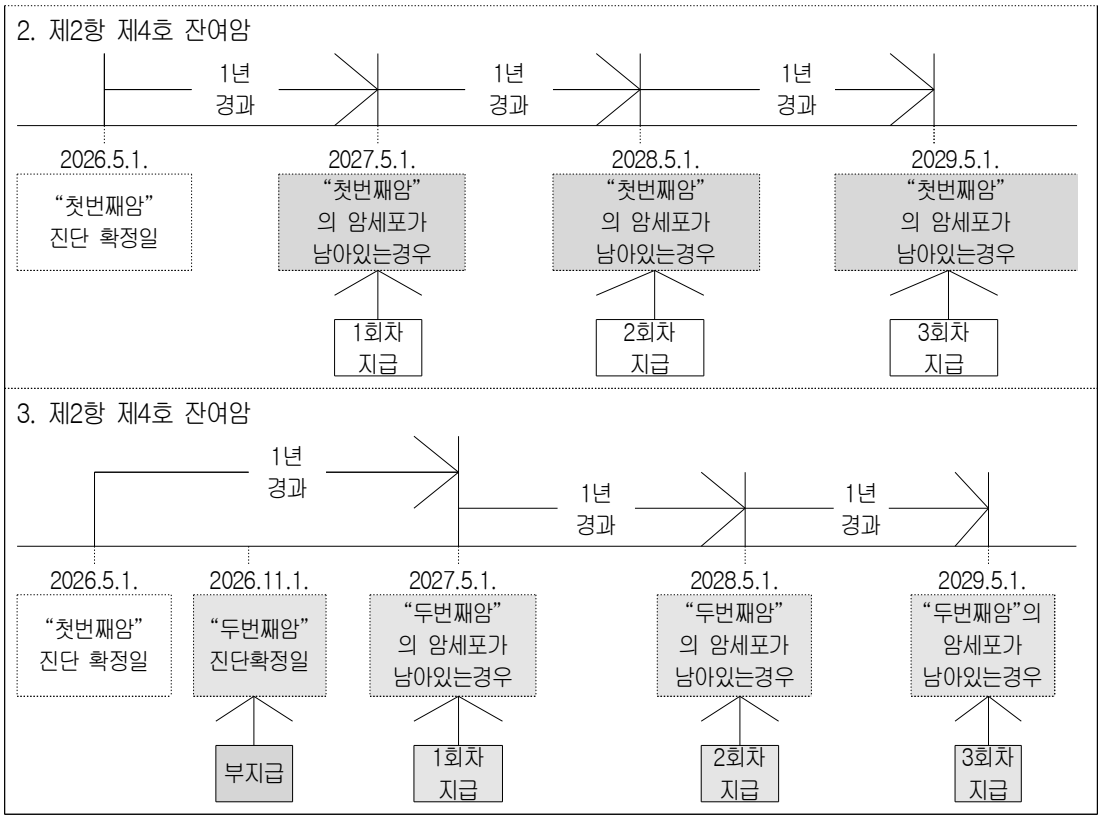
<「제9항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

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

【「신재진단암진단비Ⅱ(기타피부암,갑상선암 및 전립선암 포함, 5회한)」의 보장예시 】

1. 제2항 제1호 ~ 제3호 새로운 원발암, 전이암, 재발암





제4조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

제5조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)

4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

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

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
② 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일로부터 1년(갱신계약을 포함합니다)내에 제3조(「암(기타피부암, 갑상선암 포함)」 및 「신재진단암」의 정의 및 진단확정) 제2항 제1호 내지 제4호의 「신재진단암」으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제7조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.
② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제3조(「암(기타피부암, 갑상선암 포함)」 및 「신재진단암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(기타피부암, 갑상선암 포함)」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다.
② 제1항에 따라 해지된 특별약관을 부활(효력회복)하는 경우에는 다음 각 호를 적용합니다.
1. 이 특별약관이 해지되기 전에 「첫번째암(기타피부암, 갑상선암 포함)」으로 진단확정 되지 않은 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제3항 제1호의 규정을 적용
2. 이 특별약관이 해지되기 전에 이미 「첫번째암(기타피부암, 갑상선암 포함)」 또는 「신재진단암」으로 진단확정 된 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 직전 암(기타피부암, 갑상선암 포함)의 진단확정일로 하여 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항의 규정을 적용

제9조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

① 42-3. 신재진단암진단비Ⅱ(기타피부암,갑상선암 및 전립선암 포함, 5회한)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 및 42-4. 신재진단암진단비Ⅱ(기타피부암,갑상선암 및 전립선암 포함, 5회한)(갱신형_20년) 특

별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 더 이상 갱신되지 않습니다.

1. [갱신종료나이-1]세까지 「첫번째암(기타피부암, 갑상선암 포함)」이 진단확정되지 않은 경우
2. 이 특별약관의 보험금 지급사유가 발생하여 해당 보험금이 지급되고, 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 1년 이하인 경우

제10조(특별약관의 소멸)

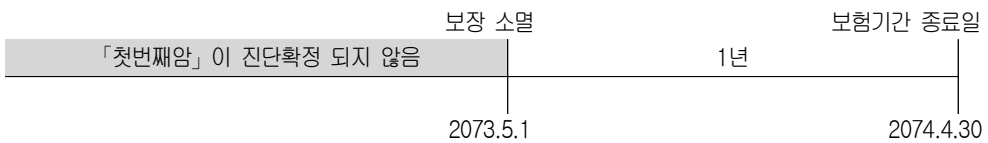
① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 신재진단암진단비Ⅱ(기타피부암,갑상선암 및 전립선암 포함, 5회한)의 5회차 보험금이 지급된 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

② 보험기간 중에 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 소멸되며, 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 해당시점의 이 특별약관의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 또한 회사는 이를 계약자 및 피보험자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

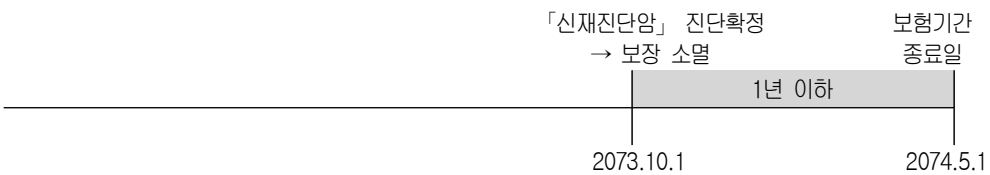
1.「첫번째암(기타피부암, 갑상선암 포함)」이 진단확정 되지 않고, 보험기간 종료일(갱신형은 갱신종료나이의 계약해당일)까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 1년 이하인 경우
2.「신재진단암」이 진단확정 되어 “신재진단암진단비Ⅱ(기타피부암,갑상선암 및 전립선암 포함, 5회한)”가 5회차 미만 지급되고, 보험기간 종료일(갱신형은 갱신종료나이의 계약해당일)까지의 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 1년 이하인 경우

【 신재진단암진단비Ⅱ(기타피부암,갑상선암 및 전립선암 포함, 5회한) 보장소멸 예시 】

1.「첫번째암」이 진단확정 되지 않고, 보험기간 종료일(갱신형은 갱신종료나이의 계약해당일)까지의 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우



2.「신재진단암」 5회차 미만 진단확정 시점에 보험기간 종료일(갱신형은 갱신종료나이의 계약해당일)까지의 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우



③ 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

43. 항암방사선약물치료비(연간1회한) 특별약관

43-1. 항암방사선약물치료비(연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관
43-2. 항암방사선약물치료비(연간1회한) 특별약관

43-1 및 43-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 항암방사선약물치료비(연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」의 정의 및 진단확정)의 「암」으로 진단이 확정되고 그 「암」의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료(급여) 또는 항암약물치료(급여)를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경과기간	지 급 금 액
항암방사선약물치료비(연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

< 「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「항암방사선치료(급여)」 및 「항암약물치료(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료(급여)」 또는 「항암약물치료(급여)」라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 「항암방사선약물치료비」 에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암방사선치료(급여)」라 함은 「항암방사선치료(급여) 분류표」(【별표29-1】 참조)에 해당하는 의료행위를 말합니다.

③ 제2항의 항암방사선치료라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.

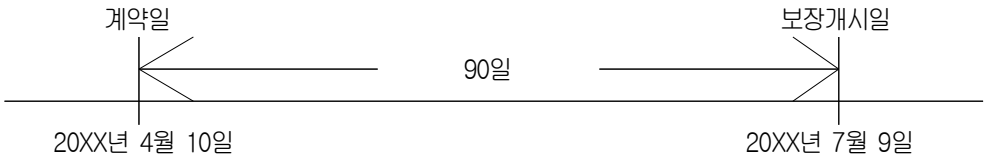
④ 이 특별약관에서 「항암약물치료(급여)」라 함은 「항암약물(급여) 분류표」(【별표29-2】 참조)에 해당하는 의료행위를 말합니다.

⑤ 제4항의 항암약물치료라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다.
다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 항암방사선약물치료비(연간1회한)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날부터 보장이 개시됩니다.

< 항암방사선약물치료비(연간1회한)의 보장개시일 >



② 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

44. 표적항암약물허가치료비Ⅱ(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관

44-1. 표적항암약물허가치료비Ⅱ(연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관
44-2. 표적항암약물허가치료비Ⅱ(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관

44-1 및 44-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 표적항암약물허가치료비Ⅱ(연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)의 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고 그 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료를 직접적인 목적으로 「표적항암약물허가치료」를 받은 경우에는 연간1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
표적항암약물허가치료비Ⅱ (연간1회한)	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신 계약	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액

제2조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]

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

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제4조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)의 의료기관에서 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「표적항암제」란 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.

용어의 정의

· 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

③ 제1항의 「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 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) – 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한요양기관에 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, 제2항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제4조(항암약물치료의 정의)

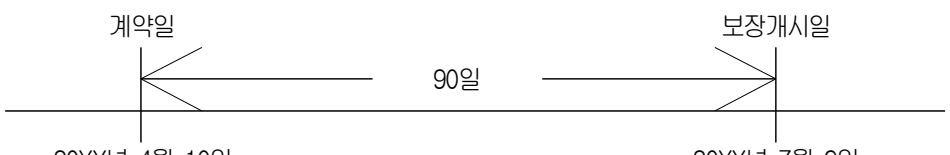
이 특별약관에서 항암약물치료라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 표적항암약물허가치료비Ⅱ(연간1회한)의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

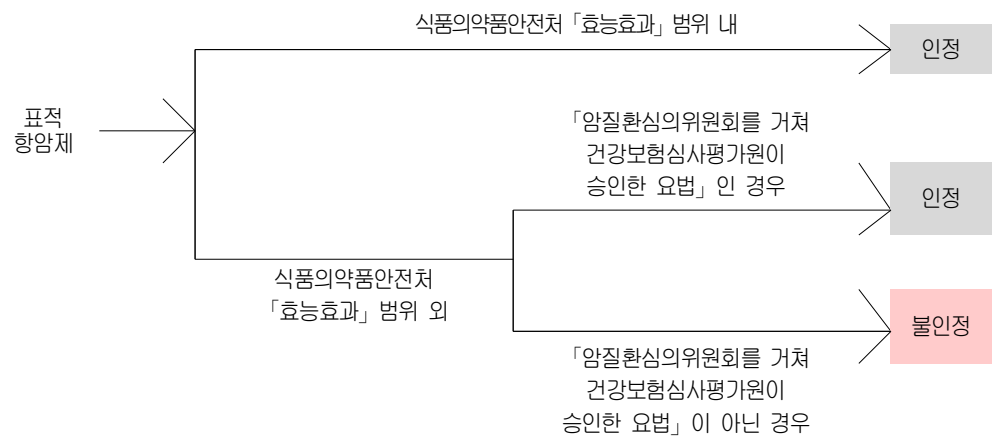
1. 최초계약의 경우 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
   (단, 갑상선암, 기타피부암에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다)
2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

< 표적항암약물허가치료비Ⅱ(연간1회한)의 보장개시일 >
(최초계약에 한함)
(단, 기타피부암 및 갑상선암은 제외)



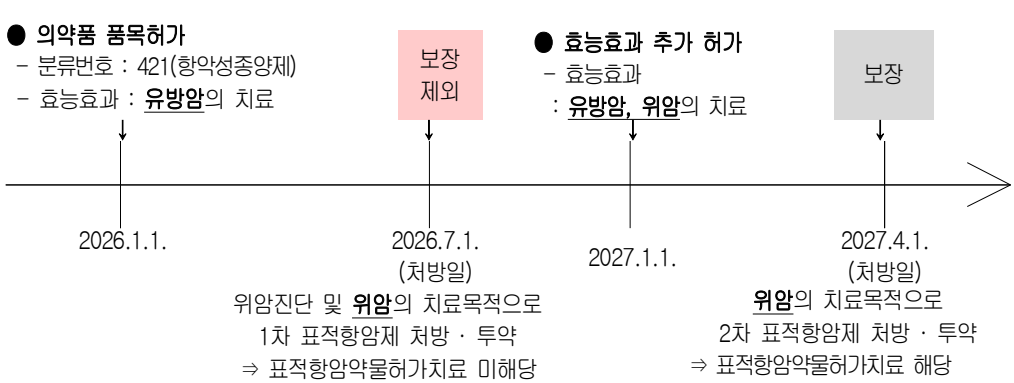
② 제1조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료비Ⅱ(연간1회한)는 표적항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

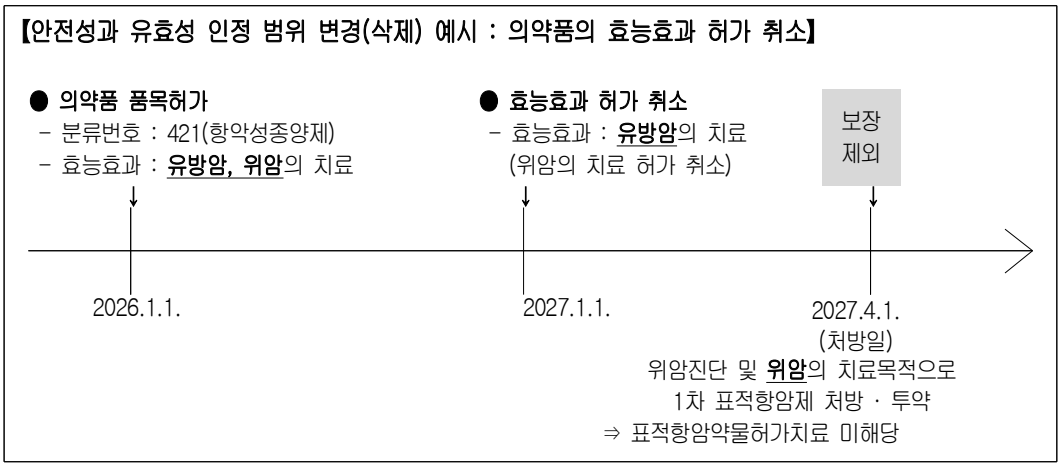
【표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위】



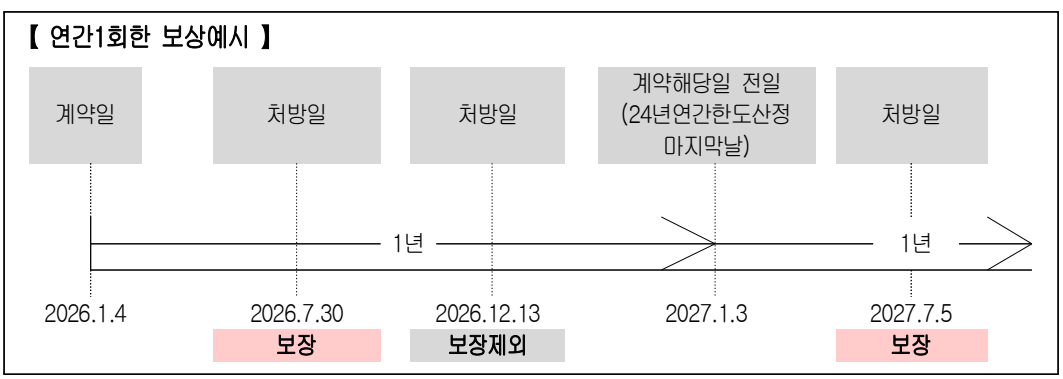
③ 제1조(보험금의 지급사유)의 「표적항암약물허가치료를 받은 경우」라 함은 표적항암제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제3조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시 : 의약품의 효능효과 추가 허가】





④ 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.



⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제7조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(갑상선암, 기타피부암은 제외합니다)으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

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

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제10조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제11조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

45. 항암호르몬약물허가치료비(기타피부암 및 갑상선암이외의 암)(갱신형_10년) 특별약관

45-1. 항암호르몬약물허가치료비(기타피부암 및 갑상선암이외의 암)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관

45-2. 항암호르몬약물허가치료비(기타피부암 및 갑상선암이외의 암)(갱신형_10년) 특별약관

45-1 및 45-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 항암호르몬약물허가치료비(기타피부암 및 갑상선암이외의 암) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암」으로 진단 확정되고, 그「암」의 치료를 직접적인 목적으로 「항암호르몬약물허가치료」를 받은 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
항암호르몬약물허가치료비 (기타피부암 및 갑상선암이외의 암)	최초계약	계약일로부터 2년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 2년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신계약	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]

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

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악

성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「항암호르몬치료제」 및 「항암호르몬약물허가치료」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암호르몬치료제」라 함은 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.

② 이 특별약관에 있어서 「항암호르몬약물허가치료」라 함은 제4조(항암약물치료의 정의)에서 정한「항암약물치료」중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「항암호르몬치료제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

「안전성과 유효성 인정 범위」확인 방법

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한요양기관에 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 「항암호르몬치료제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「항암호르몬치료제」이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제4조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 항암약물치료라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약

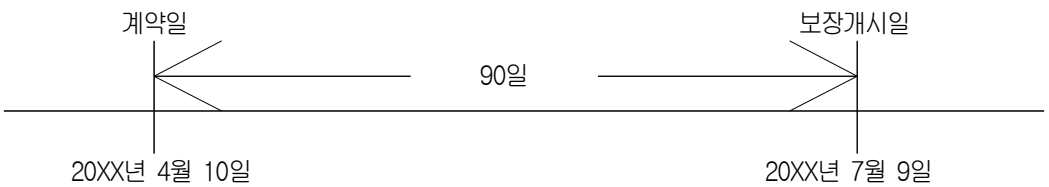
물치료"라 합니다)를 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 항암호르몬약물허가치료비(기타피부암 및 갑상선암이외의 암)의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

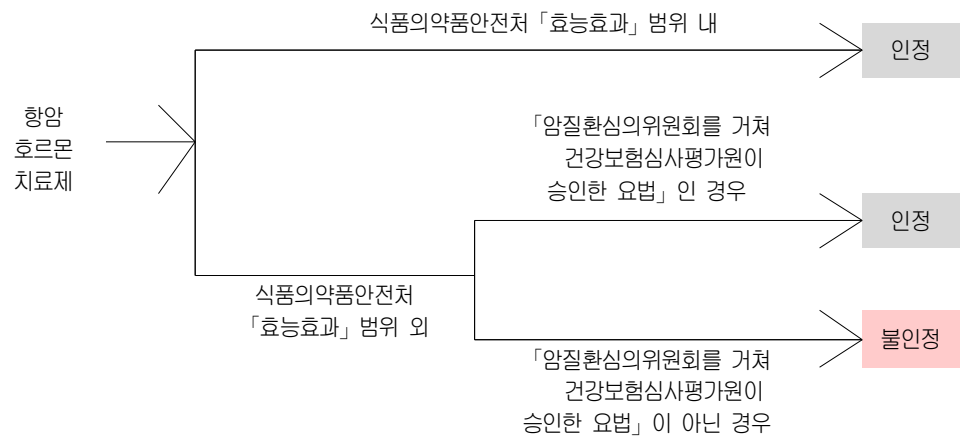
1. 최초계약의 경우 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

< 항암호르몬약물허가치료비(기타피부암 및 갑상선암이외의 암)의 보장개시일 >
(최초계약에 한함)

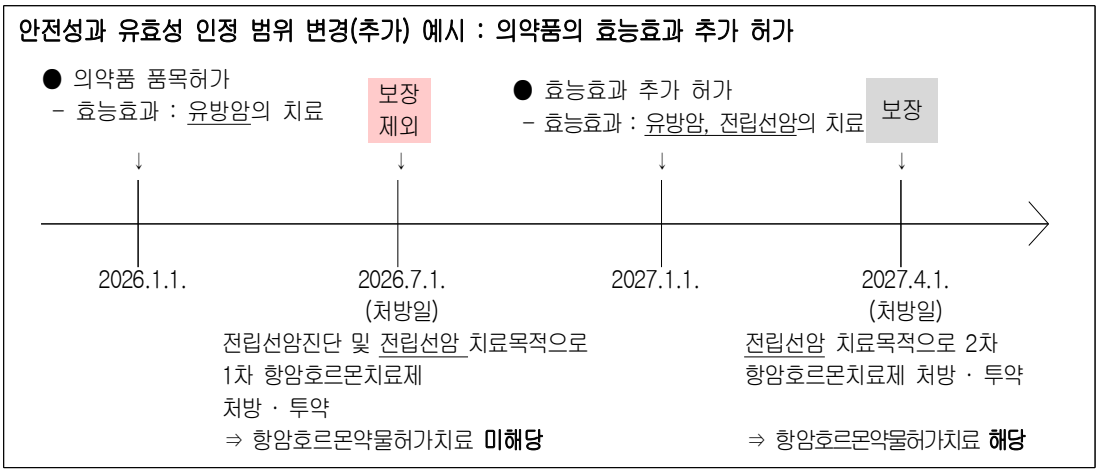


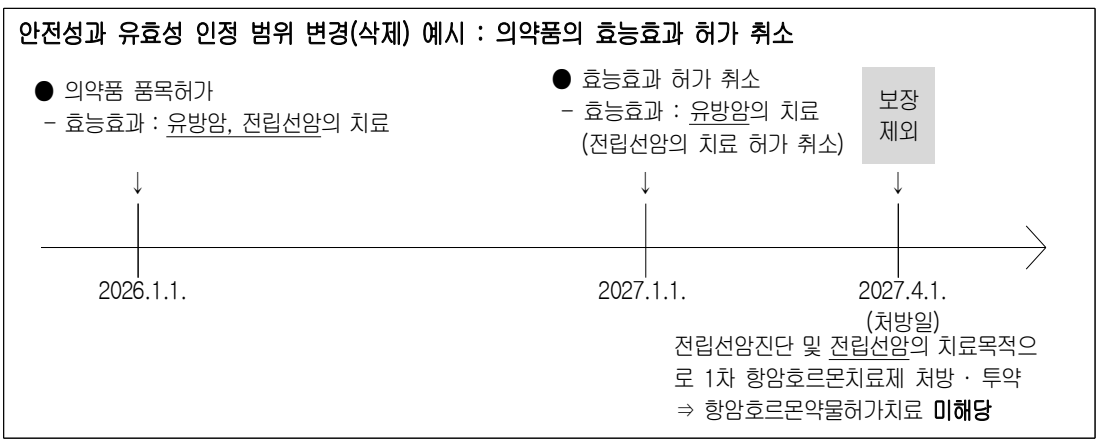
② 제1조(보험금의 지급사유)의 항암호르몬약물허가치료비(기타피부암 및 갑상선암이외의 암)은 항암호르몬치료제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【항암호르몬치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위】



③ 제1조(보험금의 지급사유)의 「항암호르몬약물허가치료를 받은 경우」라 함은 항암호르몬치료제를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제3조(「항암호르몬치료제」 및 「항암호르몬약물허가치료」의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.





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

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제7조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

3. 항암호르몬약물허가치료 증명서
   가. 항암호르몬약물허가치료진단서 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 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제10조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제11조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 항암호르몬약물허가치료비(기타피부암 및 갑상선암이외의 암) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

46. 갑상선암호르몬약물허가치료비(갱신형_10년) 특별약관

46-1. 갑상선암호르몬약물허가치료비(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관
46-2. 갑상선암호르몬약물허가치료비(갱신형_10년) 특별약관

46-1 및 46-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 하나의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정

한 보험금을 지급합니다.

1. 갑상선암호르몬약물허가치료비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「갑상선암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그「갑상선암」의 수술 후 「갑상선암호르몬약물허가치료」를 받은 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
갑상선암호르몬 약물허가치료비	최초계약	계약일로부터 2년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 2년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신계약	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「갑상선암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「갑상선의 악성신생물(암) 분류표」(【별표30】참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

[유의사항]

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

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

② 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「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.

② 이 특별약관에 있어서 「갑상선암호르몬약물허가치료」라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료

과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「갑상선암」 수술 후 치료 또는 재발 방지 목적으로 제1항에서 정한 「갑상선암호르몬치료제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여한 경우를 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한요양기관에 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, 제1항에서 정한 「갑상선암호르몬치료제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제4조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

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

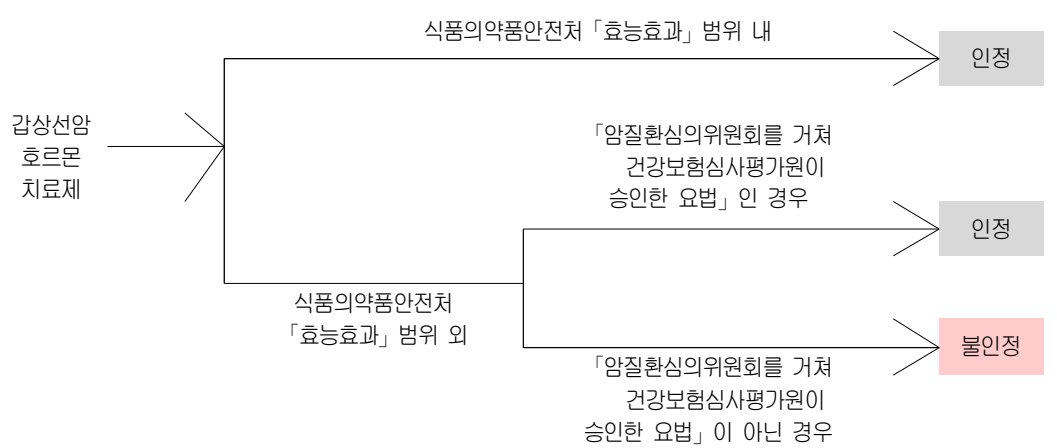
⑤ 제4항 제7호의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항 제7호의 「항암약물치료」라 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의「수술」에서도 제외합니다.

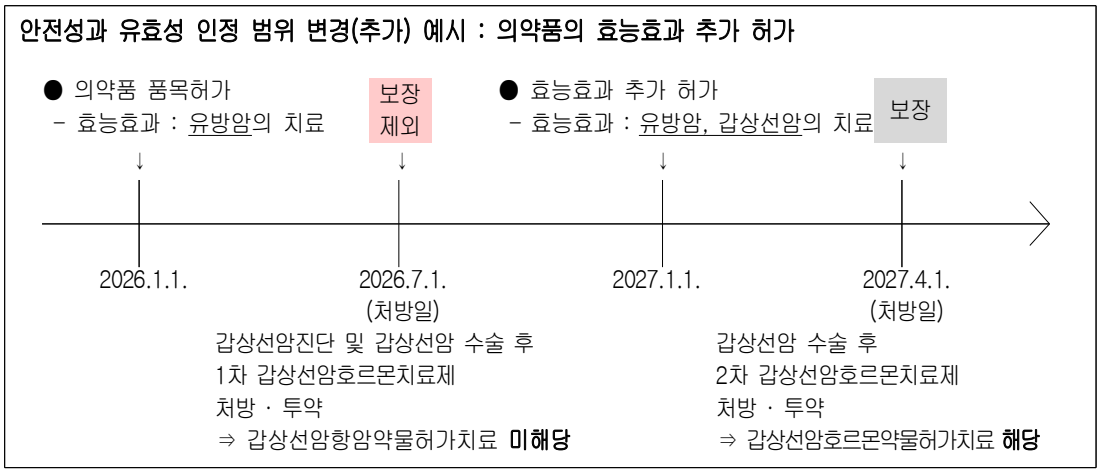
제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

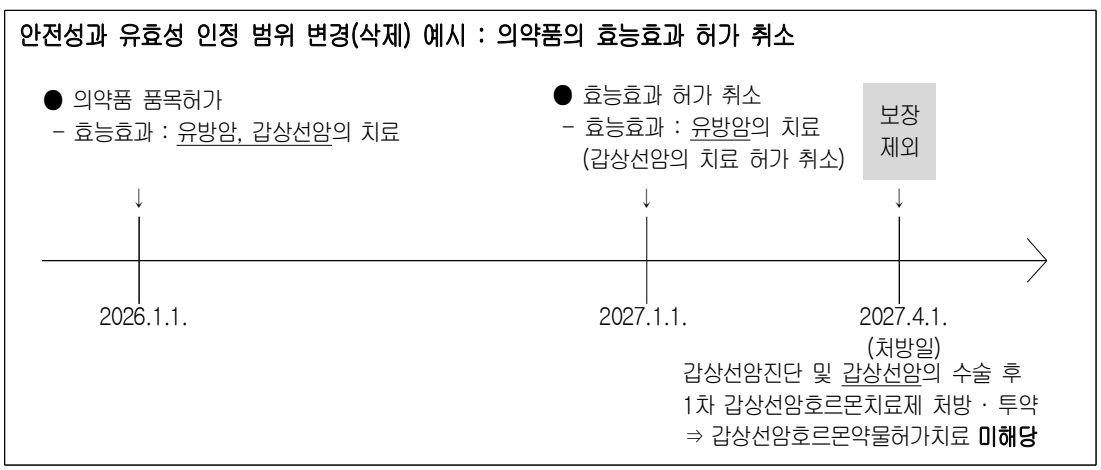
① 제1조(보험금의 지급사유)의 갑상선암호르몬약물허가치료비는 갑상선암호르몬치료제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

갑상선암호르몬치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위



② 제1조(보험금의 지급사유)의 「갑상선암호르몬약물허가치료」를 받은 경우라 함은 갑상선암호르몬치료제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제3조(「갑상선암호르몬치료제」 및 「갑상선암호르몬약물허가치료」의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.





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

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제7조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 항암호르몬약물허가치료 증명서
   가. 항암호르몬약물허가치료진단서 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 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제8조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제9조(특별약관의 소멸)

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

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

47. 항암양성자방사선치료비Ⅱ(갱신형_10년) 특별약관

47-1. 항암양성자방사선치료비Ⅱ(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관
47-2. 항암양성자방사선치료비Ⅱ(갱신형_10년) 특별약관

47-1 및 47-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

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

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
항암양성자방사선치료비Ⅱ	최초계약	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신계약	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「암」,「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1.「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]

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

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

2.「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

3.「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「항암방사선치료」 및 「항암양성자방사선치료」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 「항암방사선치료」라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암양성자방사선치료」라 함은 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 등 진료과목 전문의 자격증을 가진자가 제1항에서 정한 「항암방사선치료」 중 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 양성자를 이용하여 치료하는 것을 말합니다.

항암양성자방사선치료

항암양성자방사선치료는 항암방사선치료의 일종으로 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 환자를 치료하는 암 치료법을 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서는 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성을 가지고 있으며 이를 치료에 이용하고 있습니다. 항암양성자방사선치료의 장점은 암 표적 부위에 도달하기 전까지 일반 정상 조직에는 거의 방사선을 조사하지 않으며 종양에 도달하면 모든 에너지를 방출하고 바로 소멸되어서 종양 뒤의 정상조직에는 전혀 영향을 주지 않기 때문에 종양을 둘러싼 건강한 정상 조직의 손상 위험을 최소화합니다.

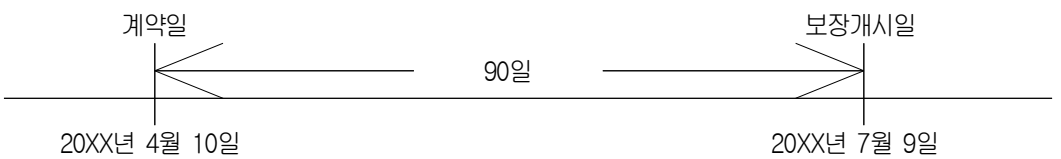
③ 전자기파를 이용한 「X선치료」, 「감마선치료」, 「중입자치료」 등은 제2항의 「항암양성자방사선치료」에 해당하지 않습니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 항암양성자방사선치료비Ⅱ의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 최초계약의 경우 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
   (단, 갑상선암, 기타피부암에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다)
2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

< 항암양성자방사선치료비Ⅱ의 보장개시일 >
(최초계약에 한함)
(단, 기타피부암 및 갑상선암은 제외)



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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암」,「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암」(갑상선암, 기타피부암은 제외합니다)으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)

2. 사고증명서(진료비계산서, 방사선 치료기록지, 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 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제9조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

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

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

48. 항암세기조절방사선치료비Ⅱ(갱신형_10년) 특별약관

48-1. 항암세기조절방사선치료비Ⅱ(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관
48-2. 항암세기조절방사선치료비Ⅱ(갱신형_10년) 특별약관

48-1 및 48-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 항암세기조절방사선치료비Ⅱ : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후 제2조(「암」,「기타피부암」및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)의 「암」,「기타피부암」, 「갑상선암」으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 「암」,「기타피부암」, 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 「항암세기조절방사선 치료」를 받는 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
항암세기조절방사선치료비Ⅱ	최초계약	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신계약	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「암」,「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]

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

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

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

2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「항암방사선치료」 및 「항암세기조절방사선 치료」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 「항암방사선치료」라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암세기조절방사선 치료」(IMRT, Intensity Modulated Radiation Therapy)라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 제1항에서 정한 「항암방사선치료」 중 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 「세기조절방사선치료법」을 이용하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「세기조절방사선치료법」은 암세포의 성장과 확산을 억제하는 「항암방사선치료」를 말하며, 방사선의 세기조절이 없거나 방사선의 세기조절을 하더라도 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.

항암세기조절방사선치료(IMRT, Intensity Modulated Radiation Therapy)

· 세기조절방사선치료법이란 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 방사선치료를 말합니다.

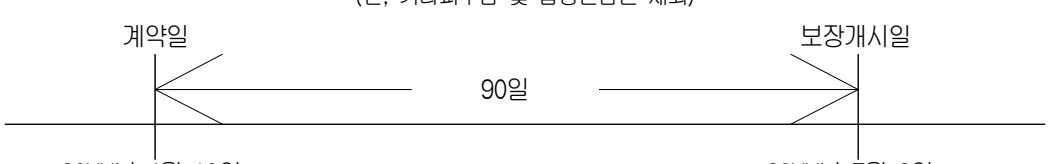
· 입자방사선치료란 전자를 제외한 하전 입자를 가속하여 나타나는 브래그피크라는 물리적 특성을 암 방사선치료에 활용하여 치료하는 것을 말하며, 양성자방사선 치료와 중입자 방사선치료(탄소선 혹은 헬륨) 등이 해당됩니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 항암세기조절방사선치료비Ⅱ의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 최초계약의 경우 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
   (단, 갑상선암, 기타피부암에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다)
2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

< 항암세기조절방사선치료비Ⅱ의 보장개시일 >
(최초계약에 한함)
(단, 기타피부암 및 갑상선암은 제외)



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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개

시일의 전일 이전에 제2조(「암」,「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암」(갑상선암, 기타피부암은 제외합니다)으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 방사선 치료기록지, 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 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제9조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

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

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

49. 항암세기조절방사선치료비(토모테라피)Ⅱ(갱신형_10년) 특별약관

49-1. 항암세기조절방사선치료비(토모테라피)Ⅱ(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관
49-2. 항암세기조절방사선치료비(토모테라피)Ⅱ(갱신형_10년) 특별약관

49-1 및 49-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 항암세기조절방사선치료비(토모테라피)Ⅱ : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후 제2조(「암」,「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)의 「암」,「기타피부암」, 「갑상선암」으로 진단이 확정되고 보험기간 중 그 「암」,「기타피부암」, 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 「항암토모세기조절방사선 치료」를 받는 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
항암세기조절방사선치료비(토모테라피)Ⅱ	최초계약	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신계약	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「암」,「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악

성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「항암방사선치료」 및 「항암토모세기조절방사선 치료」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 「항암방사선치료」라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암토모세기조절방사선 치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 제1항에서 정한 「항암방사선치료」 중 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 「토모세기조절방사선치료법」을 이용하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 「토모세기조절방사선치료법」은 암세포의 성장과 확산을 억제하는 「항암방사선치료」를 말하며, 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 치료에 포함하지 않습니다.

가. 방사선의 세기조절이 없거나 방사선의 세기조절을 하더라도 입자방사선을 이용하는 치료

나. 전산화 단층 촬영기(CT, Computerized Tomography)기능이 내장되어 있지 않거나 다른 영상기기가 내장된 장비를 이용한 「」「」

항암세기조절방사선치료(IMRT, Intensity Modulated Radiation Therapy)

세기조절방사선치료법이란 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 방사선치료를 말합니다.

입자방사선치료

전자를 제외한 하전 입자를 가속하여 나타나는 브래그피크라는 물리적 특성을 암 방사선치료에 활용하여 치료하는 것을 말하며, 양성자방사선 치료와 중입자 방사선치료(탄소선 혹은 헬륨) 등이 해당됩니다.

항암토모세기조절방사선치료

· 항암토모세기조절방사선치료법이란 항암세기조절방사선치료 중 토모테라피(Tomotherapy) 방사선치료기를 이용하여 항암세기조절방사선치료와 전산화단층촬영기(CT)를 결합해 매회 치료시 정확한 부위에 세기조절방사선치료가 가능하도록 한 방사선치료입니다.

· 토모테라피의 방사선치료기는 전산화단층촬영기(CT) 기능이 포함되어 있어 방사선치료 전 단층촬영을 통하여 치료 위치를 확인한 후 방사선 치료를 시행할 수 있어 정상 장기는 보호하면서 종양에 국한하여 고선량의 방사선치료가 가능한 장비를 말합니다.

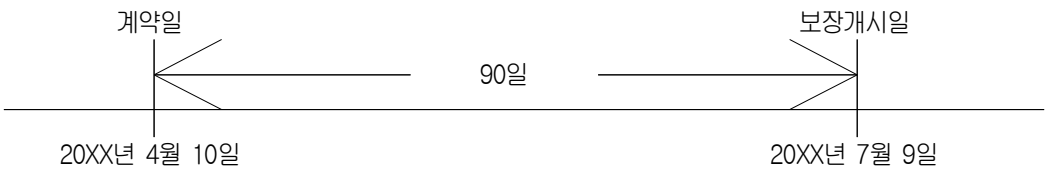
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 항암양세기조절방사선치료비(토모테라피)Ⅱ의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 최초계약의 경우 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
(단, 갑상선암, 기타피부암에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다)

2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

< 항암세기조절방사선치료비(토모테라피)Ⅱ의 보장개시일 >
(최초계약에 한함)
(단, 기타피부암 및 갑상선암은 제외)



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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암」,「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암」(갑상선암, 기타피부암은 제외합니다)으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 방사선 치료기록지, 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 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제9조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 항암세기조절방사선치료비(토모테라피)Ⅱ 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

50. 항암정위방사선치료비Ⅱ(갱신형_10년) 특별약관

50-1. 항암정위방사선치료비Ⅱ(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관
50-2. 항암정위방사선치료비Ⅱ(갱신형_10년) 특별약관

50-1 및 50-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 항암정위방사선치료비Ⅱ : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」,「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암」,「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그「암」,「기타피부암」 및 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 「항암정위방사선 치료」를 받은 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
항암정위방사선치료비Ⅱ	최초계약	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신계약	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「암」,「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신

생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2.「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3.「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「항암방사선치료」 및 「항암정위방사선 치료」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 「항암방사선치료」라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암정위방사선 치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 제1항에서 정한 「항암방사선치료」 중 피보험자의 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「정위방사선치료법」을 이용하여 치료하는 것을 말합니다.

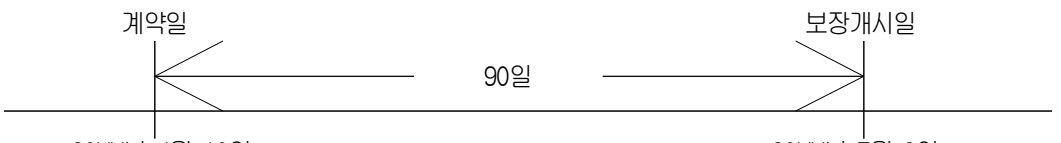
항암정위방사선치료
· 항암정위방사선 치료는 다음과 같이 <u>뇌 정위적 방사선수술(Cranial Stereotacitic Radiosurgery), 체부 정위적수술(Body Stereotacitic Radiosurgery) 및 정위적 방사선 분할치료(Fractuinated Stereotacitic radiotherapy)</u>로 나눌 수 있습니다.
(1) 뇌 정위적 방사선수술(Cranial Stereotacitic Radiosurgery)
최첨단 특수장비(선형가속기, 사이버나이프, 감마나이프 등)가 발생시키는 방사선을 이용하여 두개강 및 두경부 내의 병소 치료 시 두개골을 잘라내지 않고 매우 정확하고 정위적(입체적)으로 파괴시키는 고선량의 방사선을 한번에 조사하는 방법입니다.

(2) 체부 정위적수술(Body Stereotacitic Radiosurgery)
최첨단 특수장비(선형가속기, 사이버나이프 등)를 이용하지만 뇌 이외의 체부(Body)를 중심으로 원하는 고선량의 방사선을 약 1~5회에 걸쳐 조사하는 치료방법입니다.
(3) 정위적 방사선 분할치료(Fractuinated Stereotacitic radiotherapy)
저선량의 방사선을 여러번에 나누어 조사하는 분할 정위 방사선 치료입니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 항암정위방사선치료비Ⅱ의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.
1. 최초계약의 경우 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
(단, 갑상선암, 기타피부암에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다)
2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

< 항암정위방사선치료비Ⅱ의 보장개시일 >
(최초계약에 한함)
(단, 기타피부암 및 갑상선암은 제외)



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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.
② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암」,「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암」(갑상선암, 기타피부암은 제외합니다)으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 방사선 치료기록지, 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 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제9조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

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

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

51. 백내장진단비 특별약관

51-1. 백내장진단비(통합간편가입형) 특별약관

51-2. 백내장진단비 특별약관

51-1 및 51-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 백내장진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「백내장」의 정의 및 진단확정)의 「백내장」으로 진단 확정된 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

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

제2조(「백내장」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「백내장」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「백내장 분류표」(【별표32】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「백내장」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「백내장」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

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

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

52-1. 신142대특정질병수술비Ⅱ(통합간편가입형) 특별약관

52-1-1. 신142대특정질병수술비Ⅱ(통합간편가입형) 특별약관

52-1-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 신142대특정질병수술비Ⅱ : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「신142대특정질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「신142대특정질병」의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술1회당 아래의 금액을 지급

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
신28대특정 질병수술비	백내장	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 25%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
	그 외 특정질병	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액
39대특정질병수술비		계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액
31대특정 질병수술비	당뇨병질환, 고혈압질환	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 25%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
	그 외 특정질병	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액
11대특정질병수술비		계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액
갑상선암수술비		계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액
4대특정질병수술비IV		계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액
다빈도4대질병수술비 II		계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액
24대특정질병수술비		계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액

② 회사는 제1항에 대하여 아래 각각의 세부보장으로 운영합니다.

구 분	세 부 보 장
1	신28대특정질병수술비
2	39대특정질병수술비
3	31대특정질병수술비
4	11대특정질병수술비
5	갑상선암수술비
6	4대특정질병수술비IV
7	다빈도4대질병수술비II
8	24대특정질병수술비

제2조(「신142대특정질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「신142대특정질병」이라 함은 「신28대특정질병」, 「39대특정질병」, 「31대특정질병」, 「11대특정질병」, 「갑상선암」, 「4대특정질병IV」, 「다빈도4대질병II」, 「24대특정질병」 전부를 말합니다.

② 제1항의 「신28대특정질병」이라 함은 「신28대특정질병 분류표」(【별표33-1】 참조)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병			
1	백내장	2	관절염
3	생식기질환	4	급성상기도 감염
5	담낭담도질환	6	중이의 진주종
7	귀경화증	8	소화기계통의 양성신생물
9	중이·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물	10	골 및 관절 연골의 양성신생물
11	조직의 양성신생물	12	수막의 양성신생물
13	뇌 및 중추 신경계통의 양성신생물	14	갑상선 및 내분비선의 양성신생물
15	골다공증	16	담석증
17	사타구니탈장	18	편도염
19	축농증	20	결막장애
21	기타 등병증	22	외이의 질환
23	귀의 기타장애	24	뇌하수체기능질환
25	대사장애	26	외부요인 폐질환
27	특정 요도질환	28	특정 소화기질환

③ 제1항의 「39대특정질병」이라 함은 「39대특정질병 분류표」(【별표33-2】 참조)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병			
1	복막의 질환	2	식도질환
3	위,십이지장질환	4	내이의 질환
5	단일신경병증	6	방광의 결석
7	비감염성장염 및 결장염	8	중이 및 유돌의 질환

대상이 되는 질병			
9	척추변형	10	척추병증
11	비뇨계통의 기타질환	12	신장 및 요관의 기타장애
13	안면신경장애	14	인후부위의 특정질환
15	비뇨기관의 양성신생물	16	사구체질환
17	신세뇨관-간질질환	18	특정부위의 탈장
19	특정장질환	20	급성 기관지염
21	급성 세기관지염	22	상세불명의 급성하기도감염
23	성인호흡곤란증후군	24	폐부종
25	특정호흡기질환	26	다한증
27	마비	28	부갑상선기능질환
29	비장질환	30	수면무호흡증
31	용혈-요독증후군(햄버거병)	32	장의 특정기타질환
33	장흡수장애	34	전신결합조직장애
35	주침샘의 양성신생물	36	침샘질환
37	확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	38	확인된 계절성 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자
39	바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자		

④ 제1항의「31대특정질병」이라 함은 「31대특정질병 분류표」(【별표33-3】참조)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병			
1	심장질환	2	뇌혈관질환
3	간질환	4	위・십이지장궤양
5	동맥경화증	6	만성하부호흡기질환
7	폐렴	8	녹내장
9	황반변성	10	결핵
11	신부전	12	급성췌장염
13	다발경화증	14	대동맥류
15	자율신경계통의 장애	16	중추신경계통의 염증성질환
17	췌장질환	18	파킨슨병
19	패혈증	20	폐질환
21	당뇨병질환	22	고혈압질환
23	기타 동맥류 박리	24	뇌성마비
25	뇌전증	26	버거씨병
27	수두증	28	위공장궤양
29	조로증	30	크로이츠펠트-야콥병
31	뇌의 특정염증성질환		

⑤ 제1항의「11대특정질병」이라 함은 「11대특정질병 분류표」(【별표33-4】참조)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병			
1	생식기의 양성종양	2	특정누적외상성질환
3	근육장애	4	어깨병변
5	윤활막 및 힘줄장애	6	눈 및 눈부속기관의 특정질환
7	눈꺼풀의 기타 염증	8	호흡계통의 기타질환
9	눈꺼풀의 기타 장애	10	시각장애 및 실명
11	눈 및 눈부속기의 기타 장애		

⑥ 제1항의「갑상선암」이라 함은 「갑상선암 분류표」(【별표33-5】 참조)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	
1	갑상선암

⑦ 제1항의「4대특정질병Ⅳ」이라 함은 「4대특정질병Ⅳ 분류표」(【별표33-6】 참조)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병			
1	위암	2	기관지 및 폐암
3	간암	4	난소암

⑧ 제1항의「다빈도4대질병Ⅱ」이라 함은 「다빈도4대질병Ⅱ 분류표」(【별표33-7】 참조)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병			
1	유방의 양성신생물	2	유방의 장애
3	후각특정질환	4	갑상선질환

⑨ 제1항의「24대특정질병」이라 함은 「24대특정질병 분류표」(【별표33-8】 참조)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병			
1	골수염	2	기타 정맥의 색전증 및 혈전증
3	다낭성 난소증후군	4	동맥색전증 및 혈전증
5	림프절염	6	뼈의 기타장애
7	뼈의 파젯병	8	식도정맥류
9	안구의 장애	10	안와장애
11	요도결석증	12	전신결합조직장애Ⅱ
13	정맥염 및 혈전정맥염	14	중증근무력증
15	직장 및 항문관련질환	16	과민대장증후군
17	대상포진	18	신장 및 요관의 결석
19	하지정맥류 및 특정정맥합병증	20	골괴사증
21	눈 및 부속기 양성신생물	22	연골병증
23	유리체의 장애	24	음낭정맥류

⑩ 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 수술1회당 질병코드가 두 가지 이상인 경우에는 그 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술보험금만 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다.

⑪ 제1항의 「신142대특정질병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.
단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

예시 : 세부보장별 가입금액

특정 질병수술비							
신28대	39대	31대	11대	갑상선암	4대IV	다빈도 4대II	24대
10만원	20만원	100만원	5만원	5만원	5만원	5만원	10만원

(사례1)
○ A18.14+(남성생식기관의 결핵)과 N51.1*(달리 분류된 질환에서의 고환 및 부고환의 장애)를 동시에 진단받고 수술한 경우

진단코드	세부담보별 보상분류	가입금액
A18.14+	31대특정질병수술비의 “10.결핵”	100만원
	신28대특정질병수술비의 “3.생식기질환”	10만원
N51.1*	신28대특정질병수술비의 “3.생식기질환”	10만원

⇒ 높은 보험가입금액에 해당하는 100만원 지급

(사례2)
○ K23.0*(결핵성 식도염)과 A18.82+(달리 분류되지 않은 소화기관의 결핵)을 동시에 진단받고 수술한 경우

진단코드	세부담보별 보상분류	가입금액
K23.0*	39대특정질병수술비의 “2.식도질환”	20만원
A18.82+	31대특정질병수술비의 “10.결핵”	100만원
	39대특정질병수술비의 “2.식도질환”	20만원

· K23.0*(결핵성 식도염)에 해당하는 20만원을 먼저 지급했다면,
⇒ A18.82+(달리 분류되지 않은 소화기관의 결핵)에 해당하는 보험금에서 차액 지급(100만원 - 20만원 = 80만원)

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우도 수술로 간주합니다.
1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함
2. 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술.
다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.
③ 제2항 제2호의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보

험금을 지급합니다.

④ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

용어의 정의

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

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

52-2. 신142대특정질병수술비Ⅱ 특별약관

52-2-1. 신142대특정질병수술비Ⅱ 특별약관

52-2-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 신142대특정질병수술비Ⅱ : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「신142대특정질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「신142대특정질병」으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술1회당 아래의 금액을 지급

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
신28대특정 질병수술비	백내장	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 25%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
	그 외 특정질병	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액
39대특정질병수술비		계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액
31대특정 질병수술비	당뇨병질환, 고혈압질환	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 25%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
	그 외 특정질병	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액
11대특정질병수술비		계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액
갑상선암수술비		계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
4대특정질병수술비IV	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액
다빈도4대질병수술비II	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액
24대특정질병수술비	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 세부보장 보험가입금액

② 회사는 제1항에 대하여 아래 각각의 세부보장으로 운영합니다.

구 분	세 부 보 장
1	신28대특정질병수술비
2	39대특정질병수술비
3	31대특정질병수술비
4	11대특정질병수술비
5	갑상선암수술비
6	4대특정질병수술비IV
7	다빈도4대질병수술비II
8	24대특정질병수술비

제2조(「신142대특정질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「신142대특정질병」이라 함은 「신28대특정질병」, 「39대특정질병」, 「31대특정질병」, 「11대특정질병」, 「갑상선암」, 「4대특정질병IV」, 「다빈도4대질병II」, 「24대특정질병」 전부를 말합니다.

② 제1항의 「신28대특정질병」이라 함은 「신28대특정질병 분류표」(【별표33-1】 참조)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병			
1	백내장	2	관절염
3	생식기질환	4	급성상기도 감염
5	담낭담도질환	6	중이의 진주종
7	귀경화증	8	소화기계통의 양성신생물
9	중이·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물	10	골 및 관절 연골의 양성신생물
11	조직의 양성신생물	12	수막의 양성신생물
13	뇌 및 중추 신경계통의 양성신생물	14	갑상선 및 내분비선의 양성신생물
15	골다공증	16	담석증

17	사타구니탈장	18	편도염
19	축농증	20	결막장애
21	기타 등병증	22	외이의 질환
23	귀의 기타장애	24	뇌하수체기능질환
25	대사장애	26	외부요인 폐질환
27	특정 요도질환	28	특정 소화기질환

③ 제1항의「39대특정질병」이라 함은 「39대특정질병 분류표」(【별표33-2】 참조)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병			
1	복막의 질환	2	식도질환
3	위,십이지장질환	4	내이의 질환
5	단일신경병증	6	방광의 결석
7	비감염성장염 및 결장염	8	중이 및 유돌의 질환
9	척추변형	10	척추병증
11	비뇨계통의 기타질환	12	신장 및 요관의 기타장애
13	안면신경장애	14	인후부위의 특정질환
15	비뇨기관의 양성신생물	16	사구체질환
17	신세뇨관-간질질환	18	특정부위의 탈장
19	특정장질환	20	급성 기관지염
21	급성 세기관지염	22	상세불명의 급성하기도감염
23	성인호흡곤란증후군	24	폐부종
25	특정호흡기질환	26	다한증
27	마비	28	부갑상선기능질환
29	비장질환	30	수면무호흡증
31	용혈-요독증후군(햄버거병)	32	장의 특정기타질환
33	장흡수장애	34	전신결합조직장애
35	주침샘의 양성신생물	36	침샘질환
37	확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	38	확인된 계절성 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자
39	바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자		

④ 제1항의「31대특정질병」이라 함은 「31대특정질병 분류표」(【별표33-3】 참조)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병			
1	심장질환	2	뇌혈관질환
3	간질환	4	위・십이지장궤양
5	동맥경화증	6	만성하부호흡기질환
7	폐렴	8	녹내장
9	황반변성	10	결핵

11	신부전	12	급성췌장염
13	다발경화증	14	대동맥류
15	자율신경계통의 장애	16	중추신경계통의 염증성질환
17	췌장질환	18	파킨슨병
19	패혈증	20	폐질환
21	당뇨병질환	22	고혈압질환
23	기타 동맥류 박리	24	뇌성마비
25	뇌전증	26	버거씨병
27	수두증	28	위공장궤양
29	조로증	30	크로이츠펠트-야콥병
31	뇌의 특정염증성질환		

⑤ 제1항의「11대특정질병」이라 함은 「11대특정질병 분류표」(【별표33-4】 참조)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병			
1	생식기의 양성종양	2	특정누적외상성질환
3	근육장애	4	어깨병변
5	윤활막 및 힘줄장애	6	눈 및 눈부속기관의 특정질환
7	눈꺼풀의 기타 염증	8	호흡계통의 기타질환
9	눈꺼풀의 기타 장애	10	시각장애 및 실명
11	눈 및 눈부속기의 기타 장애		

⑥ 제1항의「갑상선암」이라 함은 「갑상선암 분류표」(【별표33-5】 참조)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	
1	갑상선암

⑦ 제1항의「4대특정질병Ⅳ」이라 함은 「4대특정질병Ⅳ 분류표」(【별표33-6】 참조)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병			
1	위암	2	기관지 및 폐암
3	간암	4	난소암

⑧ 제1항의「다빈도4대질병Ⅱ」이라 함은 「다빈도4대질병Ⅱ 분류표」(【별표33-7】 참조)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병			
1	유방의 양성신생물	2	유방의 장애
3	후각특정질환	4	갑상선질환

⑨ 제1항의「24대특정질병」이라 함은 「24대특정질병 분류표」(【별표33-8】 참조)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병			
1	골수염	2	기타 정맥의 색전증 및 혈전증
3	다낭성 난소증후군	4	동맥색전증 및 혈전증

5	림프절염	6	뼈의 기타장애
7	뼈의 파젯병	8	식도정맥류
9	안구의 장애	10	안와장애
11	요도결석증	12	전신결합조직장애II
13	정맥염 및 혈전정맥염	14	중증근무력증
15	직장 및 항문관련질환	16	과민대장증후군
17	대상포진	18	신장 및 요관의 결석
19	하지정맥류 및 특정정맥합병증	20	골괴사증
21	눈 및 부속기 양성신생물	22	연골병증
23	유리체의 장애	24	음낭정맥류

⑩ 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 수술1회당 질병코드가 두 가지 이상인 경우에는 그 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술보험금만 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다.

⑪ 제1항의 「신142대특정질병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

예시 : 세부보장별 가입금액

특정 질병수술비							
신28대	39대	31대	11대	갑상선암	4대IV	다빈도 4대II	24대
10만원	20만원	100만원	5만원	5만원	5만원	5만원	10만원

(사례1)

○ A18.14+(남성생식기관의 결핵)과 N51.1*(달리 분류된 질환에서의 고환 및 부고환의 장애)를 동시에 진단받고 수술한 경우

진단코드	세부담보별 보상분류	가입금액
A18.14+	31대특정질병수술비의 “10.결핵”	100만원
	신28대특정질병수술비의 “3.생식기질환”	10만원
N51.1*	신28대특정질병수술비의 “3.생식기질환”	10만원

⇒ 높은 보험가입금액에 해당하는 100만원 지급

(사례2)

○ K23.0*(결핵성 식도염)과 A18.82+(달리 분류되지 않은 소화기관의 결핵)을 동시에 진단받고 수술한 경우

진단코드	세부담보별 보상분류	가입금액
K23.0*	39대특정질병수술비의 “2.식도질환”	20만원
A18.82+	31대특정질병수술비의 “10.결핵”	100만원
	39대특정질병수술비의 “2.식도질환”	20만원

· K23.0*(결핵성 식도염)에 해당하는 20만원을 먼저 지급했다면,
⇒ A18.82+(달리 분류되지 않은 소화기관의 결핵)에 해당하는 보험금에서 차액 지급(100만원 - 20만원 = 80만원)

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우도 수술로 간주합니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함
2. 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

③ 제2항 제2호의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.

④ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

용어의 정의

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

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제3조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

53. 특정심혈관질환(기타심장부정맥제외)진단비Ⅱ 특별약관

53-1. 특정심혈관질환(기타심장부정맥제외)진단비Ⅱ(통합간편가입형) 특별약관
53-2. 특정심혈관질환(기타심장부정맥제외)진단비Ⅱ 특별약관

53-1 및 53-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 특정심혈관질환(기타심장부정맥제외)진단비Ⅱ : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「특정심혈관질환(기타심장부정맥제외)」의 정의 및 진단확정)의 「특정심혈관질환(기타심장부정맥제외)」으로 진단 확정된 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
특정심혈관질환 (기타심장부정맥제외) 진단비Ⅱ	계약일로부터 90일미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	계약일로부터 90일 이상 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「특정심혈관질환(기타심장부정맥제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정심혈관질환(기타심장부정맥제외)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「특정심혈관질환(기타심장부정맥제외) 분류표」(【별표35】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「특정심혈관질환(기타심장부정맥제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「특정심혈관질환(기타심장부정맥제외)」의 조사나

확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
가. 보험기간 중 「특정심혈관질환(기타심장부정맥제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
나. 부검감정서상 사인이 「특정심혈관질환(기타심장부정맥제외)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.
② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 특정심혈관질환(기타심장부정맥제외)진단비Ⅱ 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

54. 특정심혈관질환(기타심장부정맥)진단비Ⅱ 특별약관

54-1. 특정심혈관질환(기타심장부정맥)진단비Ⅱ(통합간편가입형) 특별약관
54-2. 특정심혈관질환(기타심장부정맥)진단비Ⅱ 특별약관

54-1 및 54-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 특정심혈관질환(기타심장부정맥)진단비Ⅱ : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「특정심혈관질환(기타

심장부정맥)」의 정의 및 진단확정)의 「특정심혈관질환(기타심장부정맥)」으로 진단 확정된 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
특정심혈관질환 (기타심장부정맥) 진단비II	계약일로부터 90일미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	계약일로부터 90일 이상 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「특정심혈관질환(기타심장부정맥)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정심혈관질환(기타심장부정맥)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「특정심혈관질환(기타심장부정맥) 분류표」(【별표36】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「특정심혈관질환(기타심장부정맥)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「특정심혈관질환(기타심장부정맥)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
가. 보험기간 중 「특정심혈관질환(기타심장부정맥)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
나. 부검감정서상 사인이 「특정심혈관질환(기타심장부정맥)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

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

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

55. 특정순환계질환수술비 특별약관

55-1. 특정순환계질환수술비(통합간편가입형) 특별약관
55-2. 특정순환계질환수술비 특별약관

55-1 및 55-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 특정순환계질환수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「특정순환계질환」의 정의 및 진단확정)에서 정한「특정순환계질환」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술1회당 아래의 금액을 지급

구 분		경과기간	지급금액
특정순환계질환 수술비	관혈수술	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액
	비관혈수술	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

관혈수술 보장	비관혈수술 보장
특정순환계질환수술비 관혈수술비 보장	특정순환계질환수술비 비관혈수술비 보장

제2조(「특정순환계질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정순환계질환」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「특정순환계질환 분류표」(【별표37】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「특정순환계질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

③ 제1항의 「특정순환계질환」 중 「뇌혈관질환」의 진단확정은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

④ 제1항의 「특정순환계질환」 중 「심혈관질환(특정)」의 진단확정은 병력·증상과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

⑤ 제1항의 「특정순환계질환」중「4대혈관질환」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 진단하며, 「특정순환계질환」중 「죽상경화증(뇌, 심장제외)」의 진단확정은 병력·증상과 함께 혈액, 심전도, 혈관 도플러, 경동맥 초음파검사 등 검사결과 상기 질환으로 진단할 수 있는 객관적인 이상 소견을 보이는 경우 진단합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확

정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

⑥ 제2항내지 제5항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「특정순환계질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「특정순환계질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

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

[자기공명영상(MRI)]

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

[뇌혈관조영술]

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

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]

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

[양전자 방출 단층술(PET)]

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

[뇌척수액 검사]

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

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 이 특별약관에서 「관혈수술」이라 함은 병변부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술을 하는 것을 말하며, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 관혈수술에 준하여 보상합니다.

④ 이 특별약관에서 「비관혈수술」이라 함은 「내시경수술」,「카테터수술」,「신의료수술」을 말합니다.

1.「내시경수술」이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 직접영상(조영제 등을 통한 간접영상은 제외)을 통하여 보면서 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 다만, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 제외합니다.

2.「카테터수술」인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 '도관을 이용한 약물주입'과 '중심정맥관 삽입술'은 제외합니다.

3.「신의료수술」함은 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는

수술행위를 말하며, 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 '치료적 방사선 조사'를 포함합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 '도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입'과 '중심정맥관 삽입술'은 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑥ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

용어의 정의

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

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 피보험자가 관혈수술과 비관혈수술을 동시에 받은 경우에는 관혈수술비만 지급합니다.

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
3. 주민등록증, 여권 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증(본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

56-1. 심장부정맥 고주파·냉각절제술(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관

56-1-1. 심장부정맥 고주파·냉각절제술(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관

56-1-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 심장부정맥 고주파·냉각절제술(급여_연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제2조(「급여 심장부정맥 고주파·냉각 절제술」의 정의)의 「급여 심장부정맥 고주파·냉각 절제술」을 받은 경우 치료 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회한도로 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
심장부정맥 고주파·냉각절제술 (급여_연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)

제2조(「급여 심장부정맥 고주파·냉각 절제술」의 정의)

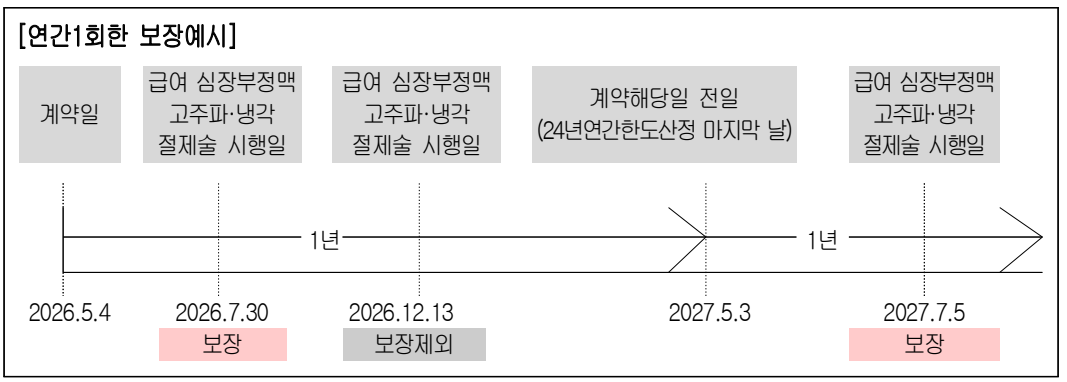
① 이 특별약관에서 「급여 심장부정맥 고주파·냉각 절제술」이라 함은 진료비세부내역서상「급여 심장부정맥 고주파·냉각 절제술 분류표」(【별표38】 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 「급여 심장부정맥 고주파·냉각 절제술」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 의료행위에 한합니다. 또한, 「급여 심장부정맥 고주파·냉각 절제술」을 동반하지 않고 개흉술 및 개심술을 이용하여 수술을 받은 경우에는 보장에서 제외합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 「급여 심장부정맥 고주파·냉각 절제술」 의료행위를 받은 날로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.



제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

56-2. 심장부정맥 고주파·냉각절제술(급여_연간1회한) 특별약관

56-2-1. 심장부정맥 고주파·냉각절제술(급여_연간1회한) 특별약관

56-2-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 심장부정맥 고주파·냉각절제술(급여_연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제2조(「급여 심장부정맥 고주파·냉각 절제술」의 정의)의 「급여 심장부정맥 고주파·냉각 절제술」을 받은 경우 치료 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회한도로 아래의 금액을 지급

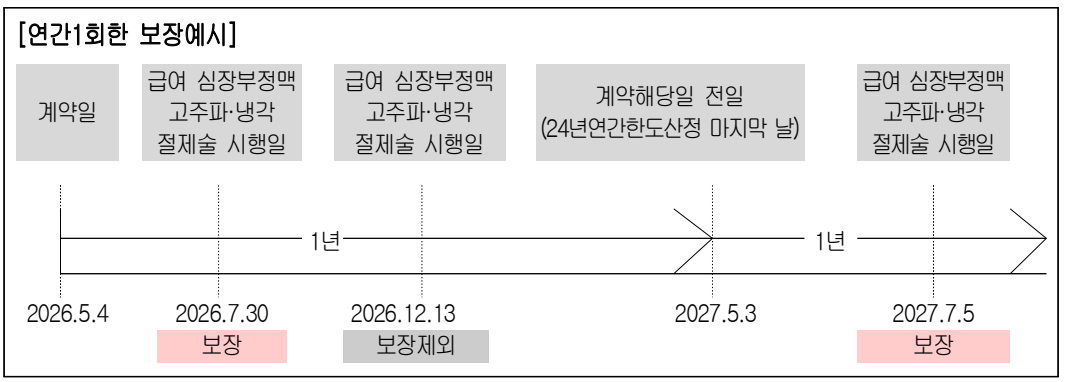
구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
심장부정맥 고주파·냉각절제술 (급여_연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)

제2조(「급여 심장부정맥 고주파·냉각 절제술」의 정의)
① 이 특별약관에서 「급여 심장부정맥 고주파·냉각 절제술」이라 함은 진료비세부내역서상「급여 심장부정맥 고주파·냉각 절제술 분류표」(【별표38】 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 「급여 심장부정맥 고주파·냉각 절제술」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 의료행위에 한합니다. 또한, 「급여 심장부정맥 고주파·냉각 절제술」을 동반하지 않고 개흉술 및 개심술을 이용하여 수술을 받은 경우에는 보장에서 제외합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 「급여 심장부정맥 고주파·냉각 절제술」 의료행위를 받은 날로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.



제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

57. 주요심장염증질환진단비 특별약관

57-1. 주요심장염증질환진단비(통합간편가입형) 특별약관
57-2. 주요심장염증질환진단비 특별약관

57-1 및 57-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 주요심장염증질환진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「주요심장염증질환」의 정의 및 진단확정)의 「주요심장염증질환」으로 진단 확정된 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

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

제2조(「주요심장염증질환」의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관에서 「주요심장염증질환」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「주요심장염증질환 분류표」(【별표39】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「주요심장염증질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장 전산화단층촬영(CT), 양전자방출단층술(PET), 관상동맥조영술 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「주요심장염증질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
가. 보험기간 중 「주요심장염증질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
나. 부검감정서상 사인이 「주요심장염증질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

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

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

58-1. 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(특정부인과질환)(최초1회한)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관

58-1-1. 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(특정부인과질환)(최초1회한)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관

58-1-1는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(특정부인과질환)(최초1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「특정부인과질환」 및 「고강도초음파집속술(HIFU)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「특정부인과질환」의 치료를 직접적인 목적으로 「고강도초음파집속술(HIFU)」을 받은 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(특정부인과질환)(최초1회한)	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신 계약	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「특정부인과질환」 및 「고강도초음파집속술(HIFU)」의 정의 및 진단확정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「특정부인과질환」이라 함은 「특정부인과질환 분류표」(【별표40-1】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 「특정부인과질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 이 특별약관에서 「고강도초음파집속술(HIFU)」이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 「고강도초음파집속술(HIFU)」이 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 「특정부인과질환」의 치료를 직접적인 목적으로 아래 중 하나에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

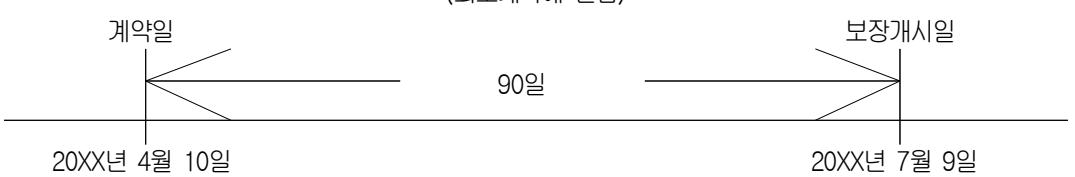
1. 신체의 절개없이 환자의 체외에서 자기공명영상(MRI) 또는 초음파 유도하에 고강도초음파를 조사하여 종양의 응고괴사를 유도하는 비침습적 의료행위
2. 「고강도초음파집속술(HIFU) 분류표」(【별표40-2】 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(특정부인과질환)(최초1회한)의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 최초계약의 경우 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

< 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(특정부인과질환)(최초1회한) >
(최초계약에 한함)



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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「특정부인과질환」의 치료를 직접적인 목적으로 제2조(「특정부인과질환」 및 「고강도초음파집속술(HIFU)」의 정의 및 진단확정)의 「고강도초음파집속술(HIFU)」치료를 받은 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제8조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(특정부인과질환)(최초1회한) 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

58-2. 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(특정부인과질환)(최초1회한)(갱신형_10년) 특별약관

58-2-1. 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(특정부인과질환)(최초1회한)(갱신형_10년) 특별약관

58-2-1는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(특정부인과질환)(최초1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「특정부인과질환」 및 「고강도초음파집속술(HIFU)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「특정부인과질환」으로 진단확정되고 「특정부인과질환」의 치료를 직접적인 목적으로 「고강도초음파집속술(HIFU)」을 받은 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(특정부인과질환) (최초1회한)	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신 계약	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「특정부인과질환」 및 「고강도초음파집속술(HIFU)」의 정의 및 진단확정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의「특정부인과질환」이라 함은 「특정부인과질환 분류표」(【별표40-1】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

②「특정부인과질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 이 특별약관에서「고강도초음파집속술(HIFU)」이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 「고강도초음파집속술(HIFU)」이 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 「특정부인과질환」의 치료를 직접적인 목적으로 아래 중 하나에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

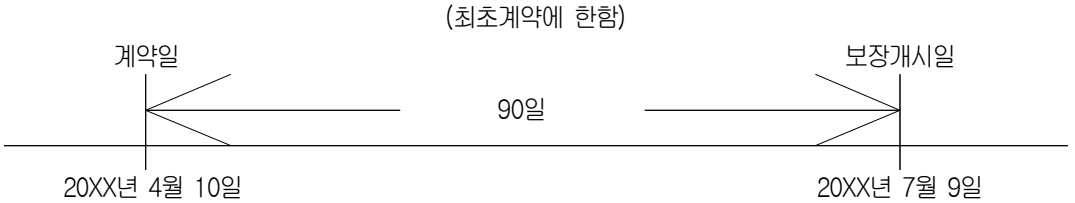
1. 신체의 절개없이 환자의 체외에서 자기공명영상(MRI) 또는 초음파 유도하에 고강도초음파를 조사하여 종양의 응고괴사를 유도하는 비침습적 의료행위
2.「고강도초음파집속술(HIFU) 분류표」(【별표40-2】참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(특정부인과질환)(최초1회한)의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 최초계약의 경우 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

< 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(특정부인과질환)(최초1회한) >
(최초계약에 한함)



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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「특정부인과질환」 및 「고강도초음파집속술(HIFU)」의 정의 및 진단확정)의 「특정부인과질환」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제8조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(특정부인과질환)(최초1회한) 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

59-1. 종합병원 특정질환 로봇수술비(연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_5년) 특별약관

59-1-1. 종합병원 특정질환 로봇수술비(연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_5년) 특별약관

59-1-1는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 종합병원 특정질환 로봇수술비(연간1회한)(갱신형_5년) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「특정질환」의 정의 및 진단확정)에서 정한「특정자궁및난소질환」, 「특정전립선,방광및기타질환」 또는 「특정내분비선및소화계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원」에서 제4조(「로봇 수술」의 정의)의 「로봇 수술」을 받은 경우 대상보장별 각각 연간1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	대상보장	경 과 기 간		지 급 금 액
종합병원 특정질환 로봇수술비(연간1회한)(갱신형_5년)	특정자궁 및 난소질환	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
			계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)
		갱신 계약	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)
	특정전립선,방광및기타질환	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
			계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)
		갱신 계약	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)
	특정내분비선 및소화계질환	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
			계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)
		갱신 계약	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)

② 제1항에도 불구하고 남성의 경우「특정자궁및난소질환」은 보장에서 제외합니다.

제2조(「특정질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정질환」이라 함은 「특정전립선,방광및기타질환」, 「특정자궁및난소질환」, 「특정내분비선및소화계질환」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

1. 「특정자궁및난소질환」이라 함은 「특정자궁및난소질환 분류표」(【별표41-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「특정전립선,방광및기타질환」이라 함은 「특정전립선,방광및기타질환 분류표」(【별표41-2】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「특정내분비선및소화계질환」이라 함은 「특정내분비선및소화계질환 분류표」(【별표41-3】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「특정질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(「종합병원」의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제4조(「로봇 수술」의 정의)

① 이 특별약관에서「로봇 수술」이라 함은 「특정질환」의 치료를 직접적인 목적으로 「로봇 수술 분류표」(【별표51】 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 수술을 받은 경우를 말합니다.

로봇 수술

로봇 수술이란 로봇을 컴퓨터 제어 시스템을 통해 의사가 조종 또는 사전에 입력된 프로그램에 따라 로봇 팔이 정밀한 동작(절단, 절제, 봉합 등)을 수행하여 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수가코드」를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 로봇을 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 「로봇 수술」을 받은 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 「로봇 수술」과 동일한 의료행위에 해당하는 수가코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제5조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

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

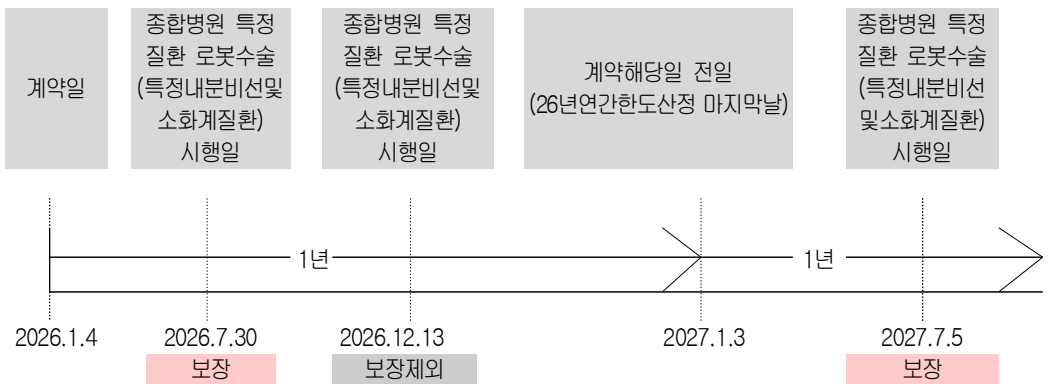
용어의 정의

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

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 「로봇 수술」을 시행한 날로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[연간1회한 보장예시]



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

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제8조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관][1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제9조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
   단, 진료비세부내역서 등에서 진료수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 진료수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 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 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

59-2. 종합병원 특정질환 로봇수술비(연간1회한)(갱신형_5년) 특별약관

59-2-1. 종합병원 특정질환 로봇수술비(연간1회한)(갱신형_5년) 특별약관

59-2-1는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 종합병원 특정질환 로봇수술비(연간1회한)(갱신형_5년) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「특정질환」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「특정자궁및난소질환」, 「특정전립선,방광및기타질환」 또는 「특정내분비선및소화계질환」으로 진단확정되고 「특정자궁및난소질환」, 「특정전립선,방광및기타질환」 또는 「특정내분비선및소화계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원」에서 제4조(「로봇 수술」의 정의)의 「로봇 수술」을 받은 경우 대상보장별 각각 연간1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	대상보장	경 과 기 간		지 급 금 액
종합병원 특정질환 로봇수술비(연간1회한)(갱신형_5년)	특정자궁 및 난소질환	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
			계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)
		갱신 계약	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)
	특정전립선,방광및기타질환	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
			계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)
		갱신 계약	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)
	특정내분비선 및소화계질환	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
			계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)
		갱신 계약	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)

② 제1항에도 불구하고 남성의 경우「특정자궁및난소질환」으로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장에서 제외합니다.

제2조(「특정질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정질환」이라 함은 「특정전립선,방광및기타질환」, 「특정자궁및난소질환」, 「특

정내분비선및소화계질환」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

1.「특정자궁및난소질환」이라 함은 「특정자궁및난소질환 분류표」(【별표41-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
2.「특정전립선,방광및기타질환」이라 함은 「특정전립선,방광및기타질환 분류표」(【별표41-2】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
3.「특정내분비선및소화계질환」이라 함은 「특정내분비선및소화계질환 분류표」(【별표41-3】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「특정질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(「종합병원」의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제4조(「로봇 수술」의 정의)

① 이 특별약관에서「로봇 수술」이라 함은 「특정질환」의 치료를 직접적인 목적으로 「로봇 수술 분류표」(【별표51】 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 수술을 받은 경우를 말합니다.

로봇 수술

로봇 수술이란 로봇을 컴퓨터 제어 시스템을 통해 의사가 조종 또는 사전에 입력된 프로그램에 따라 로봇 팔이 정밀한 동작(절단, 절제, 봉합 등)을 수행하여 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수가코드」를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 로봇을 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 「로봇 수술」을 받은 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 「로봇 수술」과 동일한 의료행위에 해당하는 수가코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제5조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

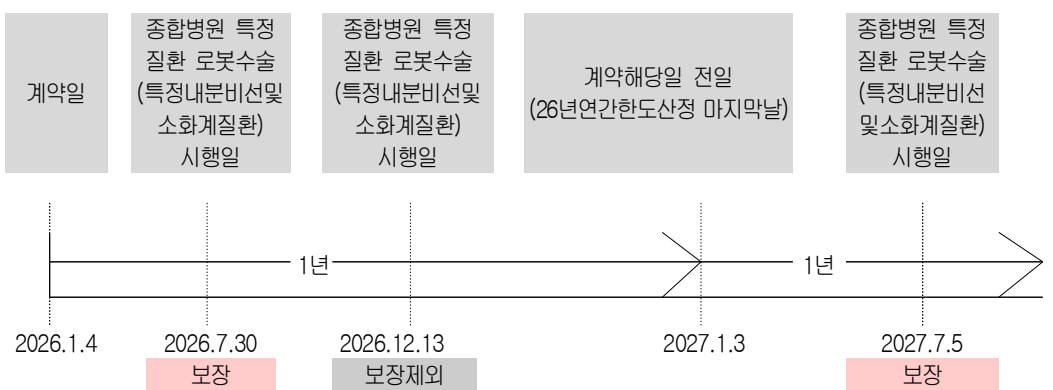
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

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

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 「로봇 수술」을 시행한 날로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[연간1회한 보장예시]



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

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제8조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관][1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제9조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
단, 진료비세부내역서 등에서 진료수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 진료수가코드

(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 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 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

60. 다빈치및레보아이로봇 암수술비(최초1회한)(갱신형_10년) 특별약관

60-1. 다빈치및레보아이로봇 암수술비(최초1회한)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관
60-2. 다빈치및레보아이로봇 암수술비(최초1회한)(갱신형_10년) 특별약관

60-1 및 60-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 다빈치및레보아이로봇 암수술비(갑상선암 및 전립선암 제외)(최초1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)의 「암(갑상선암 및 전립선암 제외)」으로 진단이 확정되고, 그 「암(갑상선암 및 전립선암 제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치로봇 암수술 또는 레보아이로봇암 수술을 받은 경우 최초1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
다빈치및레보아이로봇 암수술비 (갑상선암 및 전립선암 제외) (최초1회한)	최초 계약	계약일로부터 180일미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 25%
		계약일로부터 180일이상 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액
	갱신 계약	갱신일로부터	세부보장 보험가입금액

2. 다빈치및레보아이로봇 암수술비(갑상선암 및 전립선암)(최초1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암관련질병」의 정의 및

진단확정)의 「갑상선암」 또는「전립선암」으로 진단이 확정되고, 그 「갑상선암」 또는「전립선암」의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치로봇 암수술 또는 레보아이로봇 암수술을 받은 경우 최초1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
다빈치및레보아이로봇 암수술비 (갑상선암 및 전립선암) (최초1회한)	최초 계약	계약일로부터 180일미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 25%
		계약일로부터 180일이상 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액
	갱신 계약	갱신일로부터	세부보장 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

보 장
다빈치및레보아이로봇 암수술비(갑상선암 및 전립선암 제외)(최초1회한) 보장 다빈치및레보아이로봇 암수술비(갑상선암 및 전립선암)(최초1회한) 보장

제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(갑상선암 및 전립선암 제외)」, 「갑상선암」, 「전립선암」(이하 「암관련질병」이라 합니다) 이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암(갑상선암 및 전립선암 제외)」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
   다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 갑상선암(C73), 전립선암(C61) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암(갑상선암 및 전립선암 제외)」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「전립선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C61(남성생식기관

의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「암(갑상선암 및 전립선암 제외)」, 「갑상선암」, 「전립선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암(갑상선암 및 전립선암 제외)」, 「갑상선암」, 「전립선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「다빈치로봇 암수술」 및 「레보아이로봇 암수술」의 정의)

① 이 특별약관에서 「다빈치로봇 암수술」이란 「암(갑상선암 및 전립선암 제외)」, 「갑상선암」, 「전립선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「다빈치로봇 암수술 분류표」(【별표42】 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 수술 중 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 한 경우를 말합니다.

다빈치로봇 암수술

다빈치로봇 암수술이란 암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

② 이 특별약관에서 「레보아이로봇 암수술」이란 「암(갑상선암 및 전립선암 제외)」, 「갑상선암」, 「전립선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「레보아이로봇 암수술 분류표」(【별표80】 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 수술 중 레보아이(Revo-I)기기를 이용하여 수술을 한 경우를 말합니다.

레보아이로봇 암수술

레보아이로봇 암수술이란 암의 직접적인 치료를 목적으로 레보아이(Revo-i)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.(내시경 및 수술용 기구 등을 레보아이(Revo-i)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

③ 제1항 및 제2항의 「수가코드」를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치로봇 또는 레보아이로봇을 이용하여 암수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 「다빈치로봇 암수술」 또는 「레보아이로봇 암수술」을 받은 것으로 봅니다.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 「다빈치로봇 암수술」 또는 「레보아이로봇 암수술」과 동일한 의료행위에 해당하는 수가코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제4조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

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

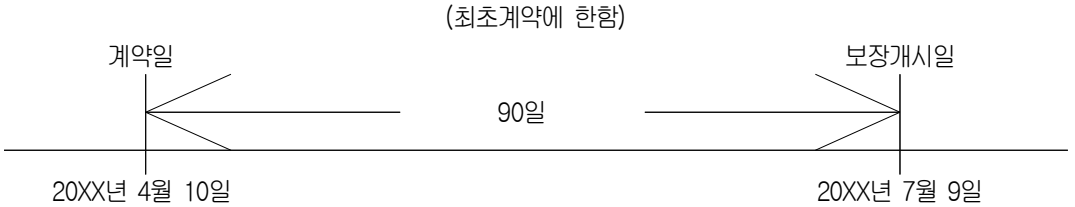
⑤ 제4항 제7호의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항 제7호의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의「수술」에서도 제외합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 다빈치및레보아이로봇 암수술비(최초1회한)의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.
1. 최초계약의 경우 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

< 다빈치및레보아이로봇 암수술비(최초1회한) >
(최초계약에 한함)



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

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

다.

제7조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(갑상선암 및 전립선암 제외)」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 다빈치및레보아이로봇 암수술비(갑상선암 및 전립선암 제외)(최초1회한) 세부보장을 무효로 하며, 이미 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

③ 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「갑상선암」또는「전립선암」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 다빈치및레보아이로봇 암수술비(갑상선암 및 전립선암)(최초1회한) 세부보장을 무효로 하며, 이미 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제9조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제10조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
   단, 진료비세부내역서 등에서 진료수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 진료수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.
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)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제11조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 다빈치및레보아이로봇 암수술비(최초1회한) 각 세부보장별 지급사유가 발생된 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 세부보장은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 세부보장의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 제1항에 따라 다빈치및레보아이로봇 암수술비(최초1회한)의 세부보장별로 각 1회씩 모두 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 최종 손해보장의 원인이 생긴 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
③ 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

61-1. 뇌혈관질환입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관

61-1-1. 뇌혈관질환입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관

61-1-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 뇌혈관질환입원비(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌혈관질환 분류표」(【별표19】 참조)에 해당하는 「뇌혈관질환」의 치료를 직접적인 목적으로 계속입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
뇌혈관질환입원비 (1일-180일)	계약일로부터 1년미만 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(180일한도)
	계약일로부터 1년이후 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)

제2조(「뇌혈관질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표19】 참조)에 해당하는 1. 거미막하 출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 8. 기타 뇌혈관 질환, 9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 10. 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
② 제1항의 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

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

[자기공명영상(MRI)]

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

[뇌혈관조영술]

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

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]

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

[양전자 방출 단층술(PET)]

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

[뇌척수액 검사]

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

제3조(「입원」의 정의와 장소)

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

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

③ 이 특별약관에서 「뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 「뇌혈관질환」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「뇌혈관질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌혈관질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌혈관질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「뇌혈관질환」으로 진단된 경우에는 이는 「뇌혈관질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

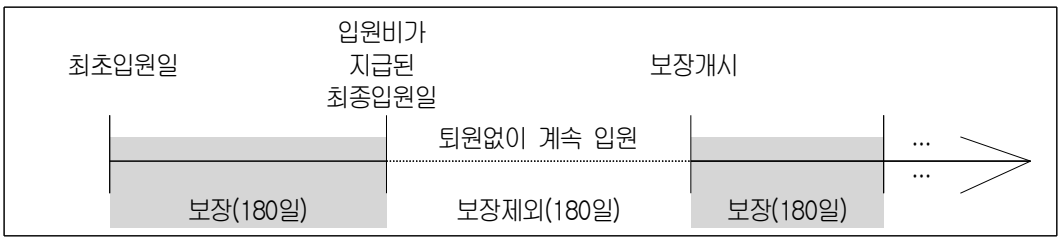
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 「뇌혈관질환」에 대한 입원이라도 뇌혈관질환입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 다음과 같이 뇌혈관질환입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속

입원중인 경우에는 뇌혈관질환입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 피보험자가 「뇌혈관질환」의 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 뇌혈관질환입원비(1일-180일)를 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 최초 입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우, 1년미만의 기간에 대하여는 입원일수 1일당 입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여는 입원일수 1일당 입원급여금의 100%를 지급합니다.

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 소멸)

보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

61-2. 뇌혈관질환입원비(1일-180일) 특별약관

61-2-1. 뇌혈관질환입원비(1일-180일) 특별약관

61-2-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 뇌혈관질환입원비(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌혈관질환 분류표」(【별표19】 참조)

에 해당하는 뇌혈관질환으로 진단확정되고 「뇌혈관질환」치료를 직접적인 목적으로 계속입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
뇌혈관질환입원비 (1일-180일)	계약일로부터 1년미만 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(180일한도)
	계약일로부터 1년이후 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)

제2조(「뇌혈관질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표19】참조)에 해당하는 1. 거미막하 출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 8. 기타 뇌혈관 질환, 9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 10. 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]
Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

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

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

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]
Single Photon Emission Computed Tomography. X선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제3조(「입원」의 정의와 장소)

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

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

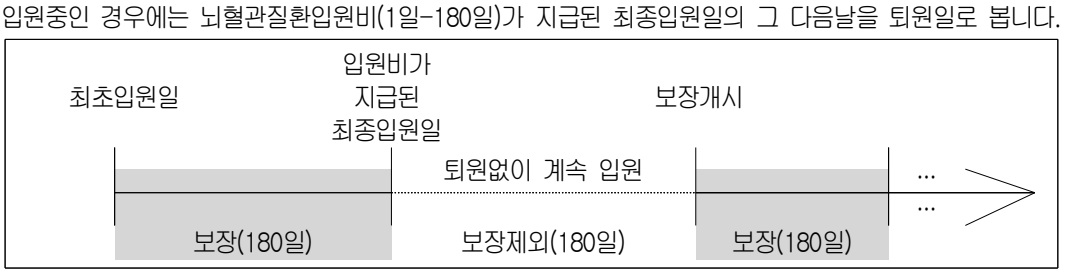
③ 이 특별약관에서 「뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 「뇌혈관질환」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「뇌혈관질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌혈관질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌혈관질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「뇌혈관질환」으로 진단된 경우에는 이는 「뇌혈관질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 「뇌혈관질환」에 대한 입원이라도 뇌혈관질환입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 다음과 같이 뇌혈관질환입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 뇌혈관질환입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 피보험자가 「뇌혈관질환」의 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 뇌혈관질환입원비(1일-180일)를 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 최초 입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우, 1년미만의 기간에 대하여는 입원일수 1일당 입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여는 입원일수 1일당 입원급여금의 100%를 지급합니다.

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 소멸)

보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

62-1. 허혈성심질환입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관

62-1-1. 허혈성심질환입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관

62-1-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 허혈성심질환입원율(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 「허혈성심질환 분류표」(【별표18】 참조)에 해당하는 「허혈성심질환」의 치료를 직접적인 목적으로 계속입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
허혈성심질환입원비 (1일-180일)	계약일로부터 1년미만 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(180일한도)
	계약일로부터 1년이후 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)

제2조(「허혈성심질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「허혈성심질환」이라 함은 【별표18】 「허혈성심질환 분류표」에 해당하는 1. 협심증, 2. 급성심근경색증, 3. 후속심근경색증, 4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증, 5. 기타 급성 허혈심장질환, 6. 만성 허혈심장병으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「허혈성심질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「허혈성심질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「허혈성심질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(「입원」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「허혈성심질환」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치

료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

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

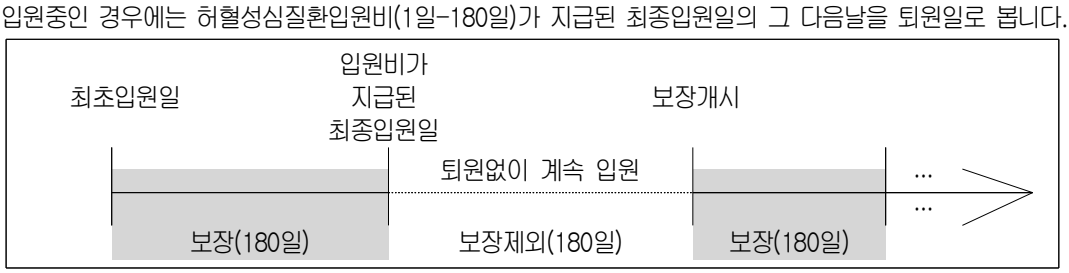
③ 이 특별약관에서 「허혈성심질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 「허혈성심질환」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「허혈성심질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「허혈성심질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「허혈성심질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「허혈성심질환」으로 진단된 경우에는 이는 「허혈성심질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 「허혈성심질환」에 대한 입원이라도 허혈성심질환입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 다음과 같이 허혈성심질환입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 허혈성심질환입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 피보험자가 「허혈성심질환」보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 허혈성심질환입원비(1일-180일)를 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 최초 입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우, 1년미만의 기간에 대하여는 입원일수 1일당 입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여는 입원일수 1일당 입원급여금의 100%를 지급합니다.

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

62-2. 허혈성심질환입원비(1일-180일)특별약관
62-2-1. 허혈성심질환입원비(1일-180일) 특별약관

62-2-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 허혈성심질환입원율(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 「허혈성심질환 분류표」(【별표18】 참조)에 해당하는 허혈성심질환으로 진단확정되고 「허혈성심질환」치료를 직접적인 목적으로 계속입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
허혈성심질환입원비 (1일-180일)	계약일로부터 1년미만 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(180일한도)
	계약일로부터 1년이후 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)

제2조(「허혈성심질환」의 정의 및 진단확정)
① 이 특별약관에서 「허혈성심질환」이라 함은 【별표18】「허혈성심질환 분류표」에 해당하는 1. 협심증, 2. 급성심근경색증, 3. 후속심근경색증, 4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증, 5. 기타 급성 허혈심장질환, 6. 만성 허혈심장병으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「허혈성심질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「허혈성심질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「허혈성심질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

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

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

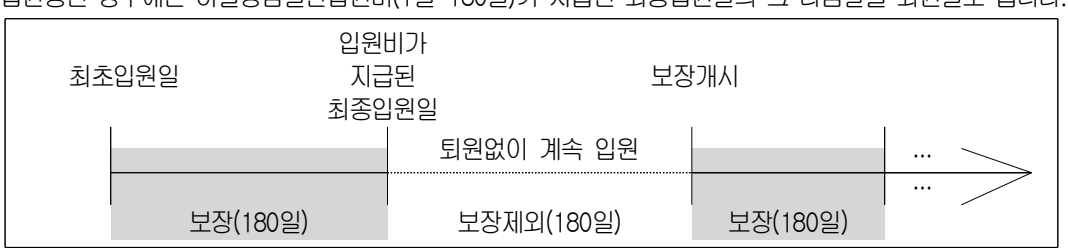
③ 이 특별약관에서 「허혈성심질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 「허혈성심질환」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「허혈성심질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「허혈성심질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「허혈성심질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「허혈성심질환」으로 진단된 경우에는 이는 「허혈성심질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 「허혈성심질환」에 대한 입원이라도 허혈성심질환입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 다음과 같이 허혈성심질환입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속입원중인 경우에는 허혈성심질환입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 피보험자가 「허혈성심질환」보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 허혈성심질환입원비(1일-180일)를 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 최초 입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우, 1년미만의 기간에 대하여는 입원일수 1일당 입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여는 입원일수 1일당 입원급여금의 100%를 지급합니다.

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

63-1. 스텐트삽입술치료비Ⅱ(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관

63-1-1. 스텐트삽입술치료비Ⅱ(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관

63-1-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다. 스텐트삽입술치료비Ⅱ(급여_연간1회한) 특별약관은 아래 총 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 관상동맥 스텐트삽입술치료비(급여_연간1회) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 목적으로 제2조(「스텐트삽입술(급여)」의 정의)에서 정한 「관상동맥 스텐트삽입술」을 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
관상동맥 스텐트삽입술치료비 (급여_연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액 (연간 1회한)

2. 뇌혈관 및 대동맥 스텐트삽입술치료비(급여_각각 연간1회) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 목적으로 제2조(「스텐트삽입술(급여)」의 정의)에서 정한 「뇌혈관 스텐트삽입술」 또는 「대동맥 스텐트삽입술」을 받은 경우 세부보장별로 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
뇌혈관 및 대동맥 스텐트삽입술치료비 (급여_각각 연간1회한)	뇌혈관 스텐트삽입술치료비 (급여_연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액 (연간 1회한)
	대동맥 스텐트삽입술치료비 (급여_연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액 (연간 1회한)

3. 소화·비뇨기관 및 기타혈관 스텐트삽입술치료비(급여_각각 연간1회) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 목적으로 제2조(「스텐트삽입술(급여)」의 정의)에서 정한 「소화기관 스텐트삽입술」, 「비뇨기관 스텐트삽입술」 또는 「기타혈관 스텐트삽입술」을 받은 경우 세부보장별로 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
소화·비뇨기관 및 기타혈관 스텐트삽입술치료비 (급여_각각 연간1회한)	소화기관 스텐트삽입술치료비 (급여_연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액 (연간 1회한)
	비뇨기관 스텐트삽입술치료비 (급여_연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액 (연간 1회한)
	기타혈관 스텐트삽입술치료비 (급여_연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액 (연간 1회한)

제2조 (「스텐트삽입술(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서 「스텐트삽입술(급여)」이라 함은 진료비세부내역서상「스텐트삽입술(급여) 분류표」(【별표43】 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 말합니다. . 단, 스텐트제거술, 일시적인 스텐트설치 및 스텐트고정술은 보장하는 수가코드에서 제외합니다.

② 제1항의 「스텐트삽입술(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

스텐트(Stent)

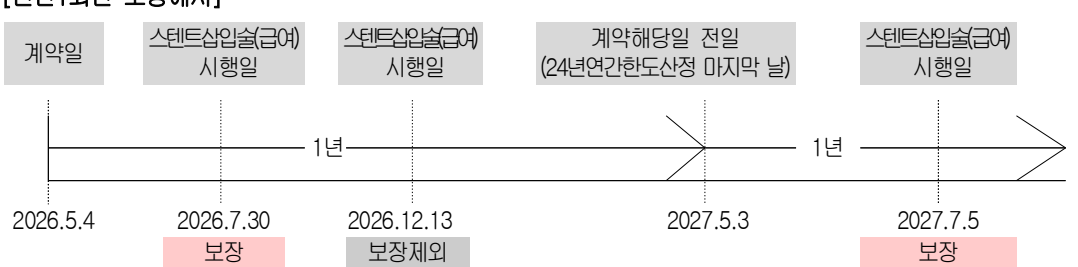
스텐트란 혈관, 위장관, 담도 등 혈액이나 체액의 흐름이 순조롭지 못할 때 외과적 수술을 시행하지 않고 좁아진 부위를 넓혀주고 기능을 정상화 시키는데 사용하는 그물망 형태의 재료

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 「스텐트삽입술(급여)」 의료행위를 받은 날로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[연간1회한 보장예시]



제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)에 대해서는 보험금

을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

63-2. 스텐트삽입술치료비Ⅱ(급여_연간1회한) 특별약관

63-2-1. 스텐트삽입술치료비Ⅱ(급여_연간1회한) 특별약관

63-2-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다. 스텐트삽입술치료비Ⅱ(급여_연간1회한) 특별약관은 아래 총 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 관상동맥 스텐트삽입술치료비(급여_연간1회) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 목적으로 제2조(「스텐트삽입술(급여)」의 정의)에서 정한 「관상동맥 스텐트삽입술」을 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
관상동맥 스텐트삽입술치료비 (급여_연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액 (연간 1회한)

2. 뇌혈관 및 대동맥 스텐트삽입술치료비(급여_각각 연간1회) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 목적으로 제2조(「스텐트삽입술(급여)」의 정의)에서 정한 「뇌혈관 스텐트삽입술」 또는 「대동맥 스텐트삽입술」을 받은 경우 세부보장별로 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
뇌혈관 및 대동맥 스텐트삽입술치료비 (급여_각각 연간1회한)	뇌혈관 스텐트삽입술치료비 (급여_연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액 (연간 1회한)
	대동맥 스텐트삽입술치료비 (급여_연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액 (연간 1회한)

3. 소화·비뇨기관 및 기타혈관 스텐트삽입술치료비(급여_각각 연간1회) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 목적으로 제2조(「스텐트삽입술(급여)」의 정의)에서 정한 「소화기관 스텐트삽입술」, 「비뇨기관 스텐트삽입술」 또는 「기타혈관 스텐트삽입술」을 받은 경우 세부보장별로 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
소화·비뇨기관 및 기타혈관 스텐트삽입술치료비 (급여_각각 연간1회한)	소화기관 스텐트삽입술치료비 (급여_연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액 (연간 1회한)
	비뇨기관 스텐트삽입술치료비 (급여_연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액 (연간 1회한)
	기타혈관 스텐트삽입술치료비 (급여_연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액 (연간 1회한)

제2조 (「스텐트삽입술(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서 「스텐트삽입술(급여)」이라 함은 진료비세부내역서상「스텐트삽입술(급여) 분류표」(【별표43】 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 말합니다. . 단, 스텐트제거술, 일시적인 스텐트설치 및 스텐트고정술은 보장하는 수가코드에서 제외합니다.

② 제1항의 「스텐트삽입술(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

스텐트(Stent)
스텐트란 혈관, 위장관, 담도 등 혈액이나 체액의 흐름이 순조롭지 못할 때 외과적 수술을 시행하지 않고 좁아진 부위를 넓혀주고 기능을 정상화 시키는데 사용하는 그물망 형태의 재료

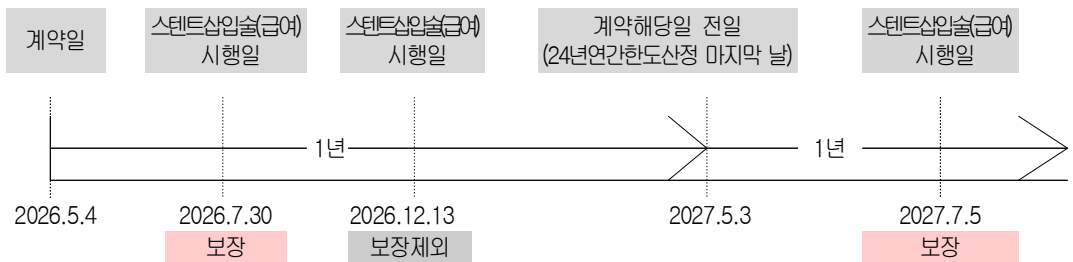
제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는「의료법」제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부

담합니다.

② 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 「스텐트삽입술(급여)」 의료행위를 받은 날로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[연간1회한 보장예시]



제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서

정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

64-1. 체외충격파쇄석술치료비(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관

64-1-1. 체외충격파쇄석술치료비(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관

64-1-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 체외충격파쇄석술치료비(급여_연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 목적으로 제2조(「체외충격파쇄석술(급여)」의 정의)의 「체외충격파쇄석술(급여)」을 받은 경우 세부보장별로 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
체외충격파쇄석술치료비 (급여_연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액 (연간 1회한)

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

보 장
체외충격파쇄석술치료비(ELECTRODE)(급여_연간1회한) 보장 체외충격파쇄석술치료비(ELECTRODE제외)(급여_연간1회한) 보장

제2조(「체외충격파쇄석술(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서 「체외충격파쇄석술(급여)」이라 함은 진료비세부내역서상「체외충격파쇄석술(급여) 분류표」(【별표44】참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 「체외충격파쇄석술(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

체외충격파쇄석술

몸 밖에서 높은 에너지의 충격파를 발생시켜 결석부위에 집중적으로 쏘아 부순 뒤 몸 밖으로 자연 배출되게 하는 비침습적 치료방법

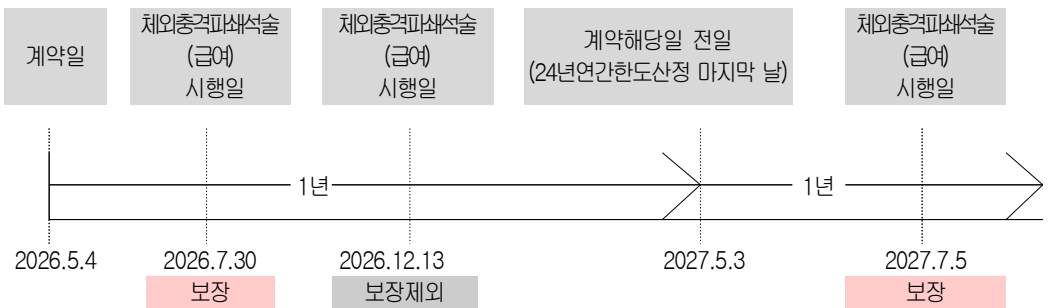
제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담

합니다.

② 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 「체외충격파쇄석술(급여)」 의료행위를 받은 날로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[연간1회한 보장예시]



제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

64-2. 체외충격파쇄석술치료비(급여_연간1회한) 특별약관

64-2-1. 체외충격파쇄석술치료비(급여_연간1회한) 특별약관

64-2-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 체외충격파쇄석술치료비(급여_연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 목적으로 제2조(「체외충격파쇄석술(급여)」의 정의)의 「체외충격파쇄석술(급여)」을 받은 경우 세부보장별로 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
체외충격파쇄석술 치료비 (급여_연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액 (연간 1회한)

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

보 장
체외충격파쇄석술치료비(ELECTRODE)(급여_연간1회한) 보장 체외충격파쇄석술치료비(ELECTRODE제외)(급여_연간1회한) 보장

제2조(「체외충격파쇄석술(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서 「체외충격파쇄석술(급여)」이라 함은 진료비세부내역서상「체외충격파쇄석술(급여) 분류표」(【별표44】참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 「체외충격파쇄석술(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

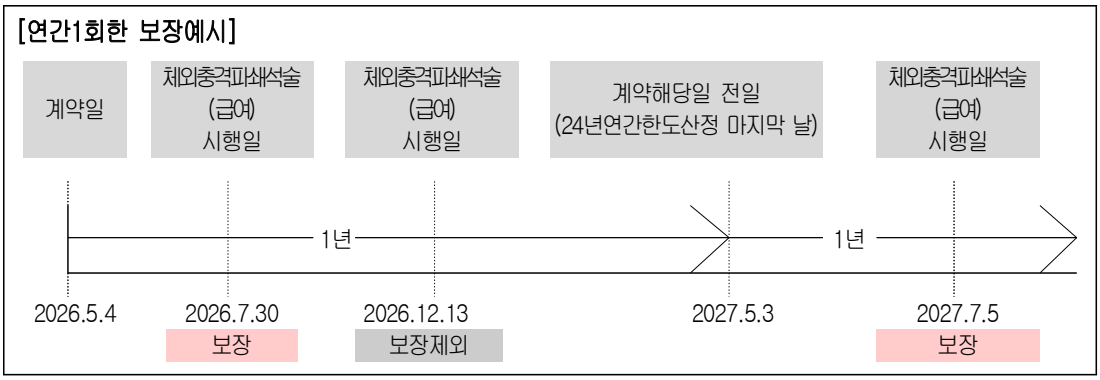
체외충격파쇄석술

몸 밖에서 높은 에너지의 충격파를 발생시켜 결석부위에 집중적으로 쏘아 부순 뒤 몸 밖으로 자연 배출되게 하는 비침습적 치료방법

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 「체외충격파쇄석술(급여)」 의료행위를 받은 날로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.



제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

65-1. 8대기관 양성신생물(용종포함)수술비(연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관

65-1-1. 8대기관 양성신생물(용종포함)수술비(연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관

65-1-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 8대기관 양성신생물(용종포함)수술비(연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 「8대기관 양성신생물(용종포함)」의 치료를 직접적인 목적으로 「8대기관 양성신생물(용종포함) 수술(급여)」를 받은 때에는 연간1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
8대기관 양성신생물(용종포함) 수술비(연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간1회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액 (연간1회한)

제2조(「8대기관 양성신생물(용종포함)」 및 「8대기관 양성신생물(용종포함) 수술(급여)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「8대기관 양성신생물(용종포함)」이라 함은 「8대기관 양성신생물 분류표」(【별표 45-1】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「8대기관 양성신생물(용종포함) 수술(급여)」이라 함은 「8대기관 양성신생물(용종포함) 수술(급여) 분류표」(【별표45-2】참조)에 해당하는 의료행위를 말합니다.

③ 제2항의 「8대기관 양성신생물(용종포함) 수술(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 8대기관 양성신생물(용종포함) 수술 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

④ 제1항의「8대기관 양성신생물(용종포함)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「8대기관 양성신생물(용종포함)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「8대기관 양성신생물(용종포함)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술

5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 8대기관 양성신생물(용종포함)수술비(연간1회한) 보험금의 지급은 「8대기관 양성신생물 분류표」(【별표45-1】 참조)에서 정한 「8대기관 양성신생물(용종포함)」으로 진단확정된 부위와 「8대기관 양성신생물(용종포함) 수술(급여) 분류표」(【별표45-2】 참조)에서 정한「8대기관 양성신생물(용종포함) 수술(급여)」를 받은 부위가 동일한 경우에만 보험금을 지급합니다.
③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 및 제3조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

65-2. 8대기관 양성신생물(용종포함)수술비(연간1회한) 특별약관

65-2-1. 8대기관 양성신생물(용종포함)수술비(연간1회한) 특별약관

65-2-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 8대기관 양성신생물(용종포함)수술비(연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「8대기관 양성신생물(용종포함)」 및 「8대기관 양성신생물(용종포함) 수술(급여)」의 정의 및 진단확정)의 「8대기관 양성신생물(용종포함)」으로 진단확정되고 「8대기관 양성신생물(용종포함)」의 치료를 직접적인 목적으로 「8대기관 양성신생물(용종포함) 수술(급여)」를 받은 때에는 연간1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
8대기관 양성신생물(용종포함) 수술비(연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간1회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액 (연간1회한)

제2조(「8대기관 양성신생물(용종포함)」 및 「8대기관 양성신생물(용종포함) 수술(급여)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「8대기관 양성신생물(용종포함)」이라 함은 「8대기관 양성신생물 분류표」(【별표45-1】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「8대기관 양성신생물(용종포함) 수술(급여)」이라 함은 「8대기관 양성신생물(용종포함) 수술(급여) 분류표」(【별표45-2】 참조)에 해당하는 의료행위를 말합니다.

③ 제2항의 「8대기관 양성신생물(용종포함) 수술(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 8대기관 양성신생물(용종포함) 수술 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

④ 제1항의「8대기관 양성신생물(용종포함)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「8대기관 양성신생물(용종포함)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「8대기관 양성신생물(용종포함)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는

것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 8대기관 양성신생물(용종포함)수술비(연간1회한) 보험금의 지급은 「8대기관 양성신생물 분류표」(【별표45-1】 참조)에서 정한 「8대기관 양성신생물(용종포함)」으로 진단확정된 부위와 「8대기관 양성신생물(용종포함) 수술(급여) 분류표」(【별표45-2】 참조)에서 정한「8대기관 양성신생물(용종포함) 수술(급여)」를 받은 부위가 동일한 경우에만 보험금을 지급합니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 및 제3조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

66-1. 요실금수술비(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관

66-1-1. 요실금수술비(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관
66-1-2. 요실금수술비(급여_연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관

66-1-1는 비갱신형으로 운영하며,
66-1-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자(여성을 대상으로 함)에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 요실금수술비(급여_연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 「요실금」의 치료를 직접적인 목적으로 「요실금수술(급여)」을 받은 때에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
요실금수술비 (급여_연간1회한)	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)
	갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)

제2조(「요실금」, 「요실금수술(급여)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「요실금」이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서「요실금 분류표」(【별표46-1】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
② 이 특별약관에서 「요실금수술(급여)」이라 함은 「요실금수술(급여) 분류표」(【별표46-2】참조)에 해당하는 의료행위를 말합니다.
③ 제2항의 「요실금수술(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 요실금수술 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.
④「요실금」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가「요실금」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.
③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺)등의 조치

3. 신경(神經) 차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제3조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

66-2-2. 요실금수술비(급여_연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제7조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서

정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

66-2. 요실금수술비(급여_연간1회한) 특별약관

66-2-1. 요실금수술비(급여_연간1회한) 특별약관
66-2-2. 요실금수술비(급여_연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관

66-2-1는 비갱신형으로 운영하며,
66-2-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자(여성을 대상으로 함)에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 요실금수술비(급여_연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「요실금」, 「요실금수술(급여)」의 정의 및 진단확정)의 「요실금」으로 진단확정되고 「요실금」의 치료를 직접적인 목적으로 「요실금수술(급여)」을 받은 때에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
요실금수술비 (급여_연간1회한)	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)
	갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)

제2조(「요실금」, 「요실금수술(급여)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「요실금」이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서「요실금 분류표」(【별표46-1】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
② 이 특별약관에서 「요실금수술(급여)」이라 함은 「요실금수술(급여) 분류표」(【별표46-2】참조)에 해당하는 의료행위를 말합니다.
③ 제2항의 「요실금수술(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 요실금수술 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.
④「요실금」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가「요실금」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에

치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제3조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

65-2-2. 요실금수술비(급여_연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제7조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의

인감증명서, 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 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

67-1. 질병1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관

67-1-1. 질병1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관

67-1-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 질병1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「1~8종 수술 및 시술 분류표」(【별표47】 참조)에서 정한 「수술 및 시술」을 받은 경우에는 하나의 「수술 및 시술코드」 당 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급
   다만, 1회의 입원당 1회의 「수술 및 시술」 또는 통원 1일당 1회의 「수술 및 시술」에 한하여 보장합니다.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
질병1~8종수술비 (급여,시술포함,연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

보 장
질병1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)(1종) 보장
질병1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)(2종) 보장
질병1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)(3종) 보장
질병1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)(4종) 보장
질병1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)(5종) 보장
질병1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)(6종) 보장
질병1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)(7종) 보장
질병1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)(8종) 보장

제2조(「수술 및 시술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술 및 시술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 하며, 한의사는 제외합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 「1~8종 수술 및 시술 분류표」(【별표47】 참조)에서 정한 수술 및 시술코드에 해당하는 의료행위를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 수술 및 시술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술 및 시술코드」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 처치 및 수술료 항목에서 급여항목이 발생하고, 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group」 분류체계에 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」중 회사가 정한 코드를 말하며, 건강보험심사평가원 환자분류체계에서 확인이 가능합니다.

KDRG(Korean Diagnosis Related Group)

건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다.
이 특별약관은 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

ADRG(Adjacent DRG)

환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라 "외과계 그룹"과 "내과계 그룹"으로 분류한 후 의료행위[주1)]와 진단명[주2)]에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.

주1) 의료행위 : 의료행위란 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수"에서 정한 수가코드를 말합니다.
주2) 진단명 : 진단명이란 통계청에서 고시하는 "한국표준질병·사인분류"상의 분류번호를 말합니다.

주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)

신체부위나 질병특성에 따라 구분되는 질병군의 대분류를 말합니다.

수술 및 시술코드 확인 예시

• 수술 및 시술코드 확인
: 건강보험심사평가원 홈페이지(https://biz.hira.or.kr)의 모니터링 > 환자분류체계 > 입원환자분류체계 > 환자분류조회(또는 자료실 內 최신 환자분류프로그램)

• 확인 예시
- 진단코드 입력: C20(직장의 악성신생물)
- 수가코드 입력: Q2981(직장종양절제술(경항문접근))
- 수술 및 시술코드 확인: G04100(경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양의 경우))
- 별표확인 : G041(7종)

④ 제3항의 「수술 및 시술코드」에서 향후 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」개정으로 동일한 수술 및 시술에 대해 「수술 및 시술코드」가 변경되는 경우 이 특별약관의 체결시점에서 정한 「수술 및 시술코드」를 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 「ADRG」가 신규 추가되는 경우 회사는 「1~8종 수술 및 시술 분류표」(【별표47】 참조)의 구분에 준하여 수술 및 시술코드를 결정합니다.

- 회사는 피보험자가 수술 및 시술 받은 시점에서 부여된 의료행위, 진단명 및 주진단범주(MDC) 등을 이 특별약관 체결시점의 “KDRG”기준에 적용합니다.
- 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술 및 시술코드를 기준으로 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

【예시】
이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술 및 시술코드는 A010(KDRG 버전4.4)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술 및 시술코드가 A080(KDRG 버전5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전4.4)에 해당하는 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

⑤ 제3항 내지 제4항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술 및 시술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술 및 시술은 보장에서 제외됩니다.

⑥ 제1항의 수술 및 시술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2021-13호, 2021.1.22.) 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

내 용	수가코드
체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용	HD111
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-선형가속기이용	HD112
뇌정위적방사선수술-감마나이프	HD113
뇌정위적방사선수술-사이버나이프	HD114
뇌정위적방사선수술-선형가속기	HD115
양성자치료[1회당]	HD121
체부정위적방사선수술[1회당]-사이버나이프이용	HD211
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-사이버나이프이용	HD212

주)「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」는 보건복지부가 고시한 바에 따릅니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

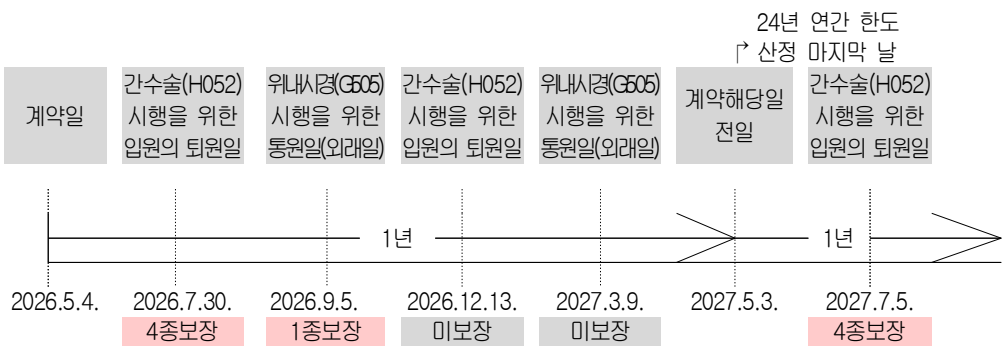
② 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술 및 시술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비세부내역서, 건강보험심사평가원 환자분류체계 등을 통해 확인되는 하나의 수술 및 시술코드에 한하여 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

유의사항
ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 “KDRG”에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성됩니다. 이 경우 외과적 우선순위는 「1~8종 수술 및 시술 분류표」(【별표47】 참조)의 수술 및 시술종류와 차이가 있을 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술시술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술 및 시술코드가 부여된 경우에는 수술시

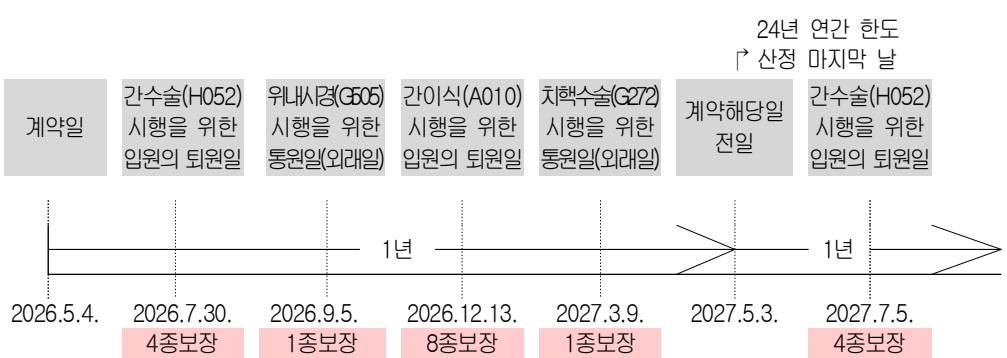
[보장예시1]

2026.7.30. **입원**으로 인한 간수술(H052) ⇒ 24년 **첫 번째** 입원수술 ⇒ 4종보장
2026.9.5. **통원**으로 인한 위내시경(G505) ⇒ 24년 **첫 번째** 통원수술 ⇒ 1종보장
2026.12.13. **입원**으로 인한 간수술(H052) ⇒ 24년 **두 번째** 입원수술 ⇒ 미보장
2027.3.9. **통원**으로 인한 위내시경(G505) ⇒ 24년 **두 번째** 통원수술 ⇒ 미보장
2027.7.5. **입원**으로 인한 간수술(H052) ⇒ 25년 **첫 번째** 입원수술 ⇒ 4종보장



[보장예시2]

2026.7.30. **입원**으로 인한 간수술(H052) ⇒ 24년 **첫 번째** 입원수술 ⇒ 4종보장
2026.9.5. **통원**으로 인한 위내시경(G505) ⇒ 24년 **첫 번째** 통원수술 ⇒ 1종보장
2026.12.13. **입원**으로 인한 간이식(A010) ⇒ 24년 **두 번째** 입원수술 ⇒ 8종보장
2027.3.9. **통원**으로 인한 치핵수술(G272) ⇒ 24년 **두 번째** 통원수술 ⇒ 1종보장
2027.7.5. **입원**으로 인한 간수술(H052) ⇒ 25년 **첫 번째** 입원수술 ⇒ 4종보장



술종류가 높은 하나의 수술 및 시술코드에 한하여 해당 종의 수술비(시술 포함)를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 보험금을 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 보험금에서 이미 지급한 보험금을 차감하고 지급합니다.

④ 제2항에도 불구하고 진료비 세부내역서 등을 통해 피보험자가 유방재건술과 유방절제술을 동시에 받은 것으로 확인되는 경우 회사는 유방재건술(J051,J052)이 아니라 유방절제술(J061,J062)에 해당하는 수술 및 시술코드가 발생한 것으로 보아 유방절제술(J061,J062)의 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

설명

피보험자가 입원을 하고 "유방재건술"과 "유방절제술"을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 ADRG는 "유방재건술(J051)"입니다. 다만, 이 경우 회사는 제4항에 따라 "유방재건술(J051)"에 해당하는 3종의 수술비(시술포함)가 아니라 "유방절제술(J061)"에 해당하는 7종의 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

⑤ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술 및 시술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제1조(보험금

의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑥ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 계속입원 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 질병1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)를 보장합니다.

⑦ 피보험자가 「국민건강보험법」또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술 및 시술한 경우, 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술 및 시술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제2조(「수술 및 시술」의 정의와 장소)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

예시

자동차보험 또는 산재보험 등 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 아래의 진단명 및 의료행위를 받은 경우 회사는 제7항에 따라 "슬관절 및 하퇴골 골절 수술(I283)"에 해당하는 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

·진단명 : 경골 하단의 기타 골절(S82.38)

·의료행위 : 사지골절정복술[복잡골절포함]-관혈적-하퇴골-경골(N1604)

⑧ 제3항에도 불구하고 제7항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 이 수술 및 시술코드에 해당하는 수술비(시술 포함)와 제7항의 수술 및 시술코드에 해당하는 수술비(시술 포함)를 각각 지급합니다.

⑨「복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양제외)(N031)」, 「개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)(N032)」,「분만및유산후관련장애(수술시행)(O110)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제2조(「수술 및 시술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
7. 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
8. 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
9. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
10. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우

② 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개

시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
4. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
5. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00~P96)

③ 회사는 「1~8종 수술 및 시술 분류표」(【별표47】 참조)의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.
④ 회사는 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.

제5조(보험금 등의 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)

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 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

67-2. 질병1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한) 특별약관

67-2-1. 질병1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한) 특별약관

67-2-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 질병1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「1~8종 수술 및 시술 분류표」(【별표47】 참조)에서 정한 「수술 및 시술」을 받은 경우에는 하나의 「수술 및 시술코드」 당 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급
   다만, 1회의 입원당 1회의 「수술 및 시술」 또는 통원 1일당 1회의 「수술 및 시술」에 한하여 보장합니다.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
질병1~8종수술비 (급여,시술포함,연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

보 장
질병1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)(1종) 보장
질병1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)(2종) 보장
질병1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)(3종) 보장
질병1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)(4종) 보장
질병1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)(5종) 보장
질병1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)(6종) 보장
질병1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)(7종) 보장
질병1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)(8종) 보장

제2조(「수술 및 시술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술 및 시술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 하며, 한의사는 제외합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 「1~8종 수술 및 시술 분류표」(【별표47】 참조)에서 정한 수술 및 시술코드에 해당하는 의료행위를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 수술 및 시술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술 및 시술코드」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 처치 및 수술료 항목에서 급여항목이 발생하고, 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group」 분류체계에 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」중 회사가 정한 코드를 말하며, 건강보험심사평가원 환자분류체계에서 확인이 가능합니다.

KDRG(Korean Diagnosis Related Group)

건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다.

이 특별약관은 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

ADRG(Adjacent DRG)
환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라 “외과계 그룹”과 “내과계 그룹”으로 분류한 후 의료행위주1)와 진단명주2)에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.

주1) 의료행위 : 의료행위란 보건복지부에서 고시하는 “건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수”에서 정한 수가코드를 말합니다.
주2) 진단명 : 진단명이란 통계청에서 고시하는 “한국표준질병·사인분류”상의 분류번호를 말합니다.

주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)
신체부위나 질병특성에 따라 구분되는 질병군의 대분류를 말합니다.

수술 및 시술코드 확인 예시
• 수술 및 시술코드 확인
: 건강보험심사평가원 홈페이지(https://biz.hira.or.kr)의 모니터링 > 환자분류체계 > 입원환자분류체계 > 환자분류조회(또는 자료실 內 최신 환자분류프로그램)

• 확인 예시
- 진단코드 입력: C20(직장의 악성신생물)
- 수가코드 입력: Q2981(직장종양절제술(경항문접근))
- 수술 및 시술코드 확인: G04100(경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양의 경우))
- 별표확인 : G041(7종)

④ 제3항의 「수술 및 시술코드」에서 향후 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」개정으로 동일한 수술 및 시술에 대해 「수술 및 시술코드」가 변경되는 경우 이 특별약관의 체결시점에서 정한 「수술 및 시술코드」를 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 「ADRG」가 신규 추가되는 경우 회사는 「1~8종 수술 및 시술 분류표」(【별표47】 참조)의 구분에 준하여 수술 및 시술코드를 결정합니다.

- 회사는 피보험자가 수술 및 시술 받은 시점에서 부여된 의료행위, 진단명 및 주진단범주(MDC) 등을 이 특별약관 체결시점의 “KDRG”기준에 적용합니다.
- 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술 및 시술코드를 기준으로 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

【예시】
이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술 및 시술코드는 A010(KDRG 버전4.4)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술 및 시술코드가 A080(KDRG 버전5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전4.4)에 해당하는 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

⑤ 제3항 내지 제4항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술 및 시술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술 및 시술은 보장에서 제외됩니다.

⑥ 제1항의 수술 및 시술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2021-13호, 2021.1.22.) 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

내 용	수가코드
체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용	HD111
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-선형가속기이용	HD112
뇌정위적방사선수술-감마나이프	HD113
뇌정위적방사선수술-사이버나이프	HD114
뇌정위적방사선수술-선형가속기	HD115
양성자치료[1회당]	HD121
체부정위적방사선수술[1회당]-사이버나이프이용	HD211
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-사이버나이프이용	HD212

주)「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」는 보건복지부가 고시한 바에 따릅니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

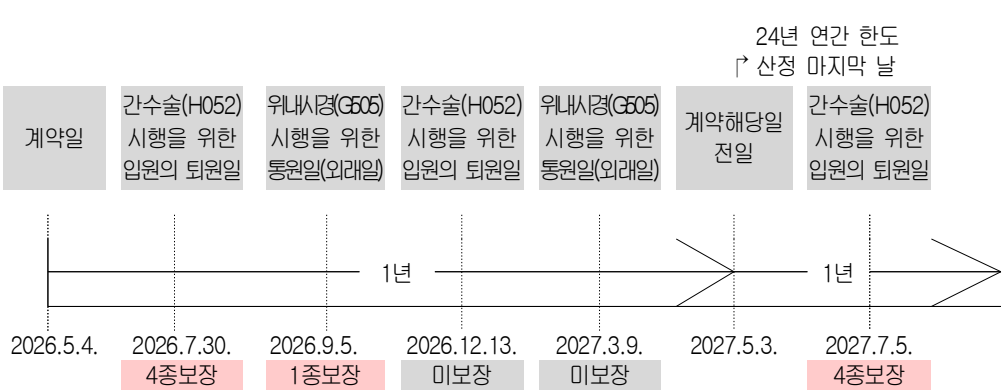
② 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술 및 시술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비세부내역서, 건강보험심사평가원 환자분류체계 등을 통해 확인되는 하나의 수술 및 시술코드에 한하여 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

유의사항

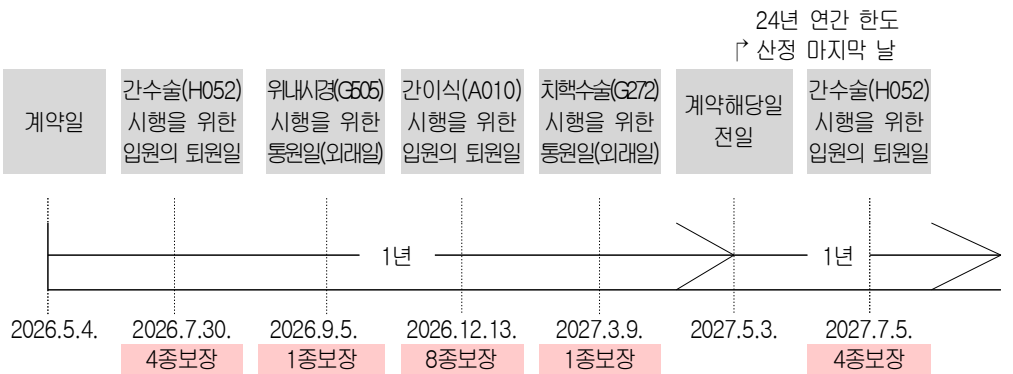
ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 "KDRG"에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성됩니다. 이 경우 외과적 우선순위는 「1~8종 수술 및 시술 분류표」(【별표47】 참조)의 수술 및 시술종류와 차이가 있을 수 있습니다.

[보장예시1]

2026.7.30. **입원**으로 인한 간수술(H052) ⇒ 24년 **첫 번째** 입원수술 ⇒ 4종보장
2026.9.5. **통원**으로 인한 위내시경(G505) ⇒ 24년 **첫 번째** 통원수술 ⇒ 1종보장
2026.12.13. **입원**으로 인한 간수술(H052) ⇒ 24년 **두 번째** 입원수술 ⇒ 미보장
2027.3.9. **통원**으로 인한 위내시경(G505) ⇒ 24년 **두 번째** 통원수술 ⇒ 미보장
2027.7.5. **입원**으로 인한 간수술(H052) ⇒ 25년 **첫 번째** 입원수술 ⇒ 4종보장



[보장예시2]
2026.7.30. **입원**으로 인한 간수술(H052) ⇒ 24년 **첫 번째** 입원수술 ⇒ 4종보장
2026.9.5. **통원**으로 인한 위내시경(G505) ⇒ 24년 **첫 번째** 통원수술 ⇒ 1종보장
2026.12.13. **입원**으로 인한 간이식(A010) ⇒ 24년 **두 번째** 입원수술 ⇒ 8종보장
2027.3.9. **통원**으로 인한 치핵수술(G272) ⇒ 24년 **두 번째** 통원수술 ⇒ 1종보장
2027.7.5. **입원**으로 인한 간수술(H052) ⇒ 25년 **첫 번째** 입원수술 ⇒ 4종보장



③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술시술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술 및 시술코드가 부여된 경우에는 수술시술종류가 높은 하나의 수술 및 시술코드에 한하여 해당 종의 수술비(시술 포함)를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 보험금을 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 보험금에서 이미 지급한 보험금을 차감하고 지급합니다.

④ 제2항에도 불구하고 진료비 세부내역서 등을 통해 피보험자가 유방재건술과 유방절제술을 동시에 받은 것으로 확인되는 경우 회사는 유방재건술(J051,J052)이 아니라 유방절제술(J061,J062)에 해당하는 수술 및 시술코드가 발생한 것으로 보아 유방절제술(J061,J062)의 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

설명
피보험자가 입원을 하고 "유방재건술"과 "유방절제술"을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 ADRG는 "유방재건술(J051)"입니다. 다만, 이 경우 회사는 제4항에 따라 "유방재건술(J051)"에 해당하는 3종의 수술비(시술포함)가 아니라 "유방절제술(J061)"에 해당하는 7종의 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

⑤ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술 및 시술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑥ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 계속입원 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 질병1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)를 보장합니다.

⑦ 피보험자가 「국민건강보험법」또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술 및 시술한 경우, 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술 및 시술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제2조(「수술 및 시술」의 정의와 장소)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

예시
자동차보험 또는 산재보험 등 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 아래의 진단명 및 의료행위를 받은 경우 회사는 제7항에 따라 “슬관절 및 하퇴골 골절 수술(I283)”에 해당하는 수술비(시술 포함)를 지급합니다.
·진단명 : 경골 하단의 기타 골절(S82.38)
·의료행위 : 사지골절정복술[복잡골절포함]-관혈적-하퇴골-경골(N1604)

⑧ 제3항에도 불구하고 제7항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 이 수술 및 시술코드에 해당하는 수술비(시술 포함)와 제7항의 수술 및 시술코드에 해당하는 수술비(시술 포함)를 각각 지급합니다.

⑨「복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양제외)(N031)」, 「개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)(N032)」,「분만및유산후관련장애(수술시행)(O110)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제2조(「수술 및 시술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
7. 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
8. 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
9. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
10. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우

② 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
4. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
5. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00~P96)

③ 회사는 「1~8종 수술 및 시술 분류표」(【별표47】 참조)의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.

④ 회사는 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.

제5조(보험금 등의 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)

> **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 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

68. 요로결석진단비 특별약관

68-1. 요로결석진단비(통합간편가입형) 특별약관
68-2. 요로결석진단비 특별약관

68-1 및 68-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 요로결석진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「요로결석」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「요로결석」으로 진단이 확정되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
요로결석진단비	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「요로결석」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「요로결석」이라 함은 「요로결석 분류표」(【별표48】 참조)에 해당하는 요로결석으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「요로결석」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「요로결석」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 요로결석진단비의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날입니다.

< 요로결석진단비의 보장개시일 >

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제7조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「요로결석」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「요로결석」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 요로결석진단비 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

69. 간경변증(CP B이상)진단비 특별약관

69-1. 간경변증(CP B이상)진단비(통합간편가입형) 특별약관
69-2. 간경변증(CP B이상)진단비 특별약관

69-1 및 69-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간경변증(CP B이상)진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「간경변증(CP B이상)」의 정의 및 진단확정)의 「간경변증(CP B이상)」으로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
간경변증(CP B이상)진단비	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「간경변증(CP B이상)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「간경변증(CP B이상)」이라 함은 「간경변증 분류표」(【별표49】 참조)에 해당하는 질병으로 진단받고 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 B등급 이상인 경우를 말합니다.

② 제1항의 Child-Pugh 평가는 「Child-Pugh 분류법」을 근거로 점수화 하여 각 항목별 합산한 점수가 5~6점은 A등급, 7~9점은 B등급, 10점 이상은 C등급으로 분류합니다.

<Child-Pugh 분류법>

구분	1점	2점	3점
혈청 빌리루빈(mg/dL)	< 2.0	2.0 ~ 3.0	> 3.0
혈청 알부민(g/dL)	> 3.5	2.8 ~ 3.5	< 2.8
복수	없음	쉽게 조절됨	조절이 용이하지 않음
간성뇌증	없음	1도 ~ 2도	3도 ~ 4도
프로트롬빈 시간연장(초)/INR	< 4 / 1.7	4~6 / 1.7~2.3	> 6 / > 2.3

③ 제1항의 「간경변증(CP B이상)」의 진단확정은 이학적 소견, 복수 천자, 영상검사에 의해 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「간경변증(CP B이상)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과 , 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 간경변증(CP B이상)진단비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

70. 크론병 및 궤양성대장염진단비 특별약관

70-1. 크론병 및 궤양성대장염진단비(통합간편가입형) 특별약관
70-2. 크론병 및 궤양성대장염진단비 특별약관

70-1 및 70-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 크론병 및 궤양성대장염진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「크론병 및 궤양성대장염」의 정의 및 진단확정)의 「크론병 및 궤양성대장염」으로 진단 확정된 경우에는 최초1회에 한하여 아래의 금

액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
크론병 및 궤양성대장염진단비	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「크론병 및 궤양성대장염」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「크론병 및 궤양성대장염」이라 함은「크론병 및 궤양성대장염 분류표」(【별표50】참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 가족성 크론병은 보장에서 제외됩니다.

② 제1항의「크론병 및 궤양성대장염」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 병력 청취 및 신체검진, 조직병리학적·방사선학적 검진과 함께 내시경 검사, 전산화단층촬영(CT) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「크론병 및 궤양성대장염」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 크론병 및 궤양성대장염진단비 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

71-1. 암·순환계질환 원케어치료비(실속형/고급형)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관

71-1-1. 암·순환계질환 원케어치료비(실속형/고급형)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관

71-1-1는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 암·순환계질환 원케어치료비(실속형/고급형)(통합간편가입형) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제18조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 「통합치료항목별 대상질병」의 치료를 직접적인 목적으로 제2조(「암·순환계질환 원케어치료비」의 정의)의 정의에 따라「암·순환계질환 원케어치료비」 치료를 받은 경우 각 연간주요치료횟수 또는 각 지급횟수에 한하여 아래의 통합치료항목별 지급금액을 「암·순환계질환 원케어치료비」로 지급합니다.

가. 실속형 <보험가입금액 500만원>

통 합 치 료 항 목	연간 주요 치료 횟수	지급금액		
		최초계약		갱신 계약
		계약일로부터 1년미만 발생시	계약일로부터 1년이후 발생시	
암주요치료(유사암제외) 생활비	1회	250만원	500만원	500만원
	2회	250만원	500만원	500만원
	3회이상	250만원	500만원	500만원
암주요치료(유사암) 생활비	1회	50만원	100만원	100만원
	2회	50만원	100만원	100만원
	3회이상	50만원	100만원	100만원
비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비	1회	250만원	500만원	500만원
	2회	250만원	500만원	500만원
	3회이상	250만원	500만원	500만원
순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비	1회	250만원	500만원	500만원
	2회	250만원	500만원	500만원
	3회이상	250만원	500만원	500만원

통 합 치 료 항 목	지급 횟수	지급금액		
		최초계약		갱신 계약
		계약일로부터 1년미만 발생시	계약일로부터 1년이후 발생시	
상급종합병원 질병수술(특정8대질병제외)	수술 1회당	10만원	20만원	20만원
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원비(1종)(1일-2일)	입원 1일당 (2일한도)	5만원	10만원	10만원
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원비(2종)(1일-4일)	입원 1일당 (4일한도)	5만원	10만원	10만원
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원비(3종)(1일-6일)	입원 1일당 (6일한도)	5만원	10만원	10만원
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원비(4종)(1일-8일)	입원 1일당	5만원	10만원	10만원

	(8일한도)			
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원비(5종)(1일-10일)	입원 1일당 (10일한도)	5만원	10만원	10만원
암직접치료 상급종합병원 통원비(연간30회한)	통원 1회당 (연간30회한)	25천원	5만원	5만원
뇌졸중 상급종합병원 통원비(연간30회한)	통원 1회당 (연간30회한)	25천원	5만원	5만원
급성심근경색증 상급종합병원 통원비(연간30회한)	통원 1회당 (연간30회한)	25천원	5만원	5만원

나. 고급형 <보험가입금액 1,000만원>

통 합 치 료 항 목	연간 주요 치료 횟수	지급금액		
		최초계약		갱신 계약
		계약일로부터 1년미만 발생시	계약일로부터 1년이후 발생시	
암주요치료(유사암제외) 생활비	1회	500만원	1,000만원	1,000만원
	2회	500만원	1,000만원	1,000만원
	3회이상	500만원	1,000만원	1,000만원
암주요치료(유사암) 생활비	1회	100만원	200만원	200만원
	2회	100만원	200만원	200만원
	3회이상	100만원	200만원	200만원
비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비	1회	500만원	1,000만원	1,000만원
	2회	500만원	1,000만원	1,000만원
	3회이상	500만원	1,000만원	1,000만원
순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비	1회	500만원	1,000만원	1,000만원
	2회	500만원	1,000만원	1,000만원
	3회이상	500만원	1,000만원	1,000만원

통 합 치 료 항 목	지급 횟수	지급금액		
		최초계약		갱신 계약
		계약일로부터 1년미만 발생시	계약일로부터 1년이후 발생시	
상급종합병원 질병수술(특정8대질병제외)	수술 1회당	25만원	50만원	50만원
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원비(1종)(1일-2일)	입원 1일당 (2일한도)	5만원	10만원	10만원
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원비(2종)(1일-4일)	입원 1일당 (4일한도)	5만원	10만원	10만원
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원비(3종)(1일-6일)	입원 1일당 (6일한도)	5만원	10만원	10만원
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원비(4종)(1일-8일)	입원 1일당 (8일한도)	125천원	25만원	25만원
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원비(5종)(1일-10일)	입원 1일당 (10일한도)	25만원	50만원	50만원
암직접치료 상급종합병원 통원비(연간30회한)	통원 1회당	5만원	10만원	10만원

	(연간30회한)			
뇌졸중 상급종합병원 통원비(연간30회한)	통원 1회당 (연간30회한)	5만원	10만원	10만원
급성심근경색증 상급종합병원 통원비(연간30회한)	통원 1회당 (연간30회한)	5만원	10만원	10만원

② 제1항의 「통합치료항목별 대상질병」이란 아래의 질병을 말합니다.

통 합 치 료 항 목	대상질병
암주요치료(유사암제외) 생활비	암(유사암제외)
암주요치료(유사암) 생활비	유사암
비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비	암, 기타피부암 또는 갑상선암
순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비	순환계질환(특정질병제외)
상급종합병원 질병수술(특정8대질병제외)	질병(특정8대질병제외)
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원비(1종)(1일-2일)	질병
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원비(2종)(1일-4일)	
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원비(3종)(1일-6일)	
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원비(4종)(1일-8일)	
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원비(5종)(1일-10일)	
암직접치료 상급종합병원 통원비(연간30회한)	암관련질병
뇌졸중 상급종합병원 통원비(연간30회한)	뇌졸중
급성심근경색증 상급종합병원 통원비(연간30회한)	급성심근경색증

제2조(「암·순환계질환 원케어치료비」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암·순환계질환 원케어치료비」라 함은 「암주요치료 (유사암제외) 생활비」, 「암주요치료(유사암) 생활비」, 「순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비」, 「비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비」, 「상급종합병원 질병수술(특정8대질병제외)」, 「상급종합병원 질병1~5종수술동반입원비」, 「암직접치료 상급종합병원 통원비(연간30회한)」, 「뇌졸중 상급종합병원 통원비(연간30회한)」및 「급성심근경색증 상급종합병원 통원비(연간30회한)」를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암주요치료(유사암제외) 생활비」라 함은 보험기간 중에 제18조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「암 주요치료Ⅴ」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 암중환자실치료)의 「연간 암 주요치료횟수」가 1회이상인 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「암주요치료(유사암) 생활비」라 함은 보험기간 중에 제18조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에「유사암」으로 진단확정되고 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 「암 주요치료Ⅴ」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 암중환자실치료)의 「연간 유사암 주요치료횟수」가 1회이상인 경우를 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비」라 함은 보험기간 중에 제18조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에「암」, 「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 「암」, 「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여 암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)의 「연간 비급여 암주요치료횟수」가 1회이상인 경우를 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비」라 함은 보험기간 중에「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」(수술, 혈전제거치료, 혈전용해치료, 순환계질환(특정질병제외) 중환자실치료)의 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수」가 1회이상인 경우를 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「상급종합병원 질병수술(특정8대질병제외)」라 함은 보험기간 중에「질병(특정8대질병제외)」의 치료를 직접적인 목적으로 「상급종합병원」에서 제8조(「수술」의 정의와 장소)에서 정한「수

술」을 받은 경우를 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「상급종합병원 질병1~5종수술동반입원」라 함은 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 다음 각 호에 모두 해당하는 경우를 말합니다.

1.「상급종합병원」에 계속입원하여 치료를 받은 경우.
2. 제8조(「수술」의 정의와 장소) 제1항 제2호에서 정한 수술을 받은 경우.
3. 상기 1호 및 2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.

⑧「암직접치료 상급종합병원 통원비(연간30회한)」라 함은 보험기간 중에 제18조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에「암관련질병」으로 진단이 확정되고, 그 「암관련질병의 직접적인 치료」를 목적으로 「상급종합병원」에 통원하였을 경우를 말하며, 「암 종류별로 각각」 통원 1회당 연간 30회한도로 합니다.

⑨「뇌졸중 상급종합병원 통원비(연간30회한)」라 함은 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단이 확정되고, 그 뇌졸중의 치료를 목적으로 「상급종합병원」에 통원하였을 경우를 말하며, 통원 1회당 연간 30회한도로 합니다.

⑩「급성심근경색증 상급종합병원 통원비(연간30회한)」라 함은 보험기간 중에 「급성심근경색증」으로 진단이 확정되고, 그 급성심근경색증의 치료를 목적으로 「상급종합병원」에 통원하였을 경우를 말하며, 통원 1회당 연간 30회한도로 합니다.

제3조(「상급종합병원」의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 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.

제4조(「암」등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」,「경계성종양」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1.「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
5. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제1항 제1호의 「암」에서 제3항의 「유사암」을 제외한 암을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 제1항 제2호 내지 제5호의 「갑상선암」,「기타피부암」,「제자리암」 및 「경계성종양」을 말합니다.

④ 이 특별약관에서「암관련질병」이라 함은 제1항 제1호의 「암」 및 제1항 제2호 내지 제5호의 「갑상선암」,「기타피부암」,「제자리암」 및 「경계성종양」을 말합니다.

⑤ 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」,「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」,「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」,「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제5조(「암 주요치료Ⅴ」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 주요치료Ⅴ」라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 암중환자실치료를 말합니다.

② 「암 주요치료Ⅴ」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. 단순 호르몬제 치료

단순 호르몬제 치료
암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.
가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 「암 주요치료Ⅴ」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

제6조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」의 정의)

이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」라 함은「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「수술」을 받은 경우
2.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전제거치료」를 받은 경우
3.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우
4.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「순환계질환(특정질병제외) 중환자실치료」를 받은 경우

제7조(「비급여 암주요치료」등의 정의)

① 이 특별약관에서 「비급여 암주요치료」라 함은「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 암수술」을 받은 경우
2.「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」를 받은 경우
3.「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」를 받은 경우

②「비급여 암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 비급여 암주요치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 단순 호르몬제 치료(다만, 호르몬성 항암치료는 「비급여 암주요치료」에 포함됩니다)

단순 호르몬제 치료
암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.
가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 「비급여 암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 이 특별약관에서 「전액본인부담」이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「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.

⑤ 제1항 제1호의 「전액본인부담(비급여포함) 암수술」은 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑥ 제1항 제2호의 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑦ 제1항 제3호의 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

용어의 정의

· 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제8조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 아래 각 호에서 정한 수술을 말합니다.

1. 제2조(「암·순환계질환 원케어치료비」의 정의) 제2항 내지 제6항의 경우 : 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
2. 제2조(「암·순환계질환 원케어치료비」의 정의) 제7항 제2호의 경우 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것으로,「1~5종 수술분류표Ⅳ」(【별표34】 참조)에서 정한 수술을 말합니다.

② 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제2항에도 불구하고 제2조(「암·순환계질환 원케어치료비」의 정의) 제6항 및 제7항 제2호의 경우에는, 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술 역시「수술」에 포함합니다.

다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

④ 제3항의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.

⑤ 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑥ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
8. 「암 주요치료Ⅴ」 중 「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」
9. 「비급여 암주요치료」 중 「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」
10. 「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」 중 「혈전제거치료」

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제9조(「암중환자실치료」 및 「순환계질환(특정질병제외) 중환자실치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암중환자실치료」 및 「순환계질환(특정질병제외) 중환자실치료」 라 함은 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. 「암중환자실치료」 라 함은 의사에 의하여 「암(유사암제외)」 의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「암(유사암제외)」 으로 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.
2. 「순환계질환(특정질병제외) 중환자실치료」 라 함은 의사에 의하여 「순환계질환(특정질병제외)」 의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「순환계질환(특정질병제외)」 으로 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 「중환자실」 이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」 에서 정한 중환자실을 말합니다.

③ 제1항의 「종합병원」 이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제10조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」 등의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」 라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」 라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

③ 「항암약물치료(호르몬치료제외)」 라 함은 제2항에서 정한 「항암약물치료」 중에서 제4항에서 정한 「항암호르몬약물치료」 를 제외한 치료를 말합니다.

④ 「항암호르몬약물치료」 라 함은 제2항에서 정한 「항암약물치료」 중에서 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 "호르몬성 항암제"를 말합니다.
1. 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"에서 정한 약효분류번호 421(항악성종양제), 617(주로 악성종양에 작용하는 것)에 해당하는 약제
2. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계에 따라 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터(KPIS)에서 부여한 국내 의약품 ATC코드에서 L02(항악성종양제 및 면역조절제 중 내분비 치료제)에 해당하는 약제

호르몬성 항암제
호르몬의 작용을 억제하거나 조절하여 암세포의 성장을 억제하는 약물

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고, 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"의 개정에 따라 제4항 제1호의 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

⑥ 제4항 제2호에도 불구하고, 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical,

ATC) 의약품 분류체계의 개정으로 제4항 제2호의 "ATC코드"가 폐지 또는 변경되거나, 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터에서 국내 의약품에 대하여 "ATC코드"를 부여하지 않아 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 기준을 따릅니다.

제11조(「순환계질환(특정질병제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 분류표」(【별표84】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서「특정질병」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서「특정순환계질환II 분류표」(【별표85】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③「순환계질환(특정질병제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 혈액검사(혈액 중 심장효소검사 등), 뇌척수액 검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가「순환계질환(특정질병제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이「순환계질환(특정질병제외)」으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]

Single Photon Emission Computed Tomography. γ선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제12조(「혈전제거치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전제거치료」라 함은 의사가 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

②「혈전제거술」이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에「혈전용해제」를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제13조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사가「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항의「혈전용해제」라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항의「혈전용해제」를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은「혈전용해치료」에서 제외됩니다.

제14조(「특정8대질병」의 정의)

이 특별약관에서 「특정8대질병」이라 함은 「특정8대질병 분류표」(【별표82】참조)에 해당하는 1. 바이러스결막염, 2. 맥립종 및 콩다래끼, 3. 결막염, 4. 외이염, 5. 귀통증 및 귀의 삼출액, 6. 티눈 및 굳은살, 7. 용종, 8. 백내장을 말합니다.

제15조(「입원」및「통원」의 정의)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여「암관련질병」의 직접치료, 「뇌졸중」 및 「급성심근경색증」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 「상급종합병원」에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제16조(「뇌졸중」및「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「뇌졸중」이라 함은 아래의 각 호를 말합니다.

1. 제2조(「암·순환계질환 원케어치료비」의 정의) 제9항의 「뇌졸중」라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표17】참조)에서 「뇌졸중」 해당하는 1. 거미막하출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착으로 분류되는 질병을 말합니다.
2. 제1호의 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 '가'와 '나'의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
   가. 보험기간 중 「뇌졸중」 으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는

증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「뇌졸중」 으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]

Single Photon Emission Computed Tomography. γ선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용 하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

② 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 아래의 각 호를 말합니다.

1. 제2조(「암·순환계질환 원케어치료비」의 정의) 제10항의 「급성심근경색증」이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표16】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 제1호의 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 '가'와 '나'의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

   가. 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

   나. 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제17조(「암관련질병의 직접적인 치료」의 정의)

① 「암관련질병의 직접적인 치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.

② 「암관련질병의 직접적인 치료」에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ 「암관련질병의 직접적인 치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암관련질병의 직접적인 치료」로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. 암의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. 암의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제18조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 「통합치료항목별 대상질병」의 보장개시일은 아래의 각 호를 따릅니다.
1. 최초계약의 경우 :
가. 아래의 통합치료항목의 경우 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

통 합 치 료 항 목	대상질병
암주요치료(유사암제외) 생활비	암(유사암제외)
암직접치료 상급종합병원 통원비(연간30회한)	
비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비	암, 기타피부암 또는 갑상선암

나. 그 외 아래의 통합치료항목의 경우 : 보험계약일

통 합 치 료 항 목	대상질병
암주요치료(유사암) 생활비	유사암
암직접치료 상급종합병원 통원비(연간30회한)	유사암
뇌졸중 상급종합병원 통원비(연간30회한)	뇌졸중
급성심근경색증 상급종합병원 통원비(연간30회한)	급성심근경색증
순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비	순환계질환(특정질병제외)
상급종합병원 질병수술(특정8대질병제외)	질병(특정8대질병제외)
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원(1종)(1일-2일)	질병
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원(2종)(1일-4일)	
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원(3종)(1일-6일)	
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원(4종)(1일-8일)	
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원(5종)(1일-10일)	

2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

< 암·순환계질환 원케어치료비(실속형/고급형)의 보장개시일 >
(최초계약에 한함)
(단, 제1호 가목의 통합치료항목만 해당, 제1호 나목의 통합치료항목은 제외)

② 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말

합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

③「연간 주요치료횟수」라 함은 아래의 각 호를 말합니다.

1.「연간 암 주요치료횟수」 : 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 받은 「암 주요치료Ⅴ」의 치료 항목별 연간치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수

주 요 치 료 항 목	산정기준
암수술	수술1회당
항암방사선치료	연간1회당
항암약물치료(호르몬치료제외)	연간1회당
암중환자실치료	연간1회당

2.「연간 유사암 주요치료횟수」 : 피보험자가 「유사암」으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 받은 「암 주요치료Ⅴ」의 치료 항목별 연간치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수

주 요 치 료 항 목	산정기준
암수술	수술1회당
항암방사선치료	연간1회당
항암약물치료(호르몬치료제외)	연간1회당
암중환자실치료	연간1회당

3.「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수」: 피보험자가 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 받은 「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」의 치료 항목별 연간치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수

주 요 치 료 항 목	산정기준
수술(혈전제거제외)	수술1회당
혈전제거치료	연간1회당
혈전용해치료	연간1회당
순환계질환(특정질병제외) 중환자실치료	연간1회당

4.「연간 비급여 암주요치료횟수」: 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 받은 「비급여 암주요치료」의 주요치료항목별 연간치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수

주 요 치 료 항 목	산정기준
전액본인부담(비급여포함) 암수술	수술1회당
전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료	연간1회당
전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료	연간1회당

[예시] 연간 암 주요치료횟수 산정 예시

예시1)

연간 암수술 1회,
연간 항암방사선치료 1회,
연간 항암약물치료(호르몬치료제외) 1회,
연간 암중환자실치료 1회 시행한 경우

⇒ 연간 암 주요치료횟수 : 4회 (1회+1회+1회+1회)

예시2)

연간 암수술 0회,
연간 항암방사선치료 2회,
연간 항암약물치료(호르몬치료제외) 1회,
연간 암중환자실치료 2회 시행한 경우

⇒ 연간 암 주요치료횟수 : 3회 (0회+1회+1회+1회)

예시3)

연간 암수술 2회,
연간 항암방사선치료 0회,
연간 항암약물치료(호르몬치료제외) 1회,
연간 암중환자실치료 3회 시행한 경우

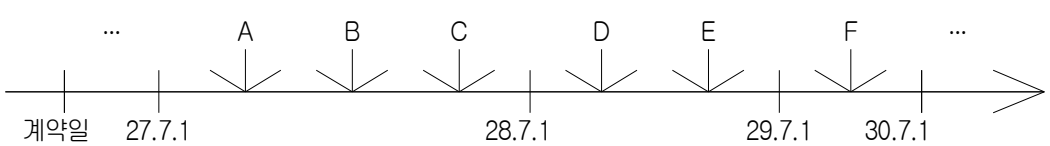
⇒ 연간 암 주요치료횟수 : 4회 (2회+0회+1회+1회)

④ 제3항의 「연간 주요치료횟수」는 계약해당일을 기준으로 매년 재산정됩니다.

[보험금 지급 예시 (보험가입금액 1,000만원, 실속형 기준)]

- 대상통합치료항목 : 암주요치료비(유사암제외) 생활비
- 특별약관의 계약일 : 2026년 7월 1일
- 암 진단일 : 2027년 7월 1일

A : 암수술
B : 항암방사선치료
C : 항암약물치료(호르몬치료제외)
D : 암수술
E : 항암방사선치료
F : 항암약물치료(호르몬치료제외)



A : 500만원 지급(연간 암 주요치료횟수 1회)
B : 500만원 지급(연간 암 주요치료횟수 2회)
C : 500만원 지급(연간 암 주요치료횟수 3회)
D : 500만원 지급(연간 암 주요치료횟수 1회)
E : 500만원 지급(연간 암 주요치료횟수 2회)
F : 500만원(연간 암 주요치료횟수 1회)

⑤ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「암(유사암제외)」으로 제3항 제1호의 주요치료항목의 치료를 받은 경우에는 「암주요치료(유사암제외) 생활비」의「연간 암 주요치료횟수」를 제3항 제1호의 주요치료항

목별 1회로 산정합니다. 다만, 제3항 제2호의 주요치료항목 중 「암수술」의 경우 각각 다른 「암(유사암제외)」으로 「암수술」을 받은 경우에는 수술 1회당 「연간 암 주요치료횟수」 1회로 산정합니다.

⑥ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「유사암」으로 제3항 제2호의 주요치료항목의 치료를 받은 경우에는 「암주요치료(유사암) 생활비」의「연간 유사암 주요치료횟수」를 제3항 제2호의 주요치료항목별 1회로 산정합니다. 다만, 제3항 제2호의 주요치료항목 중 「암수술」의 경우 각각 다른 「유사암」으로 「암수술」을 받은 경우에는 수술 1회당 「연간 유사암 주요치료횟수」 1회로 산정합니다.

⑦ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「순환계질환(특정질병제외)」로 제3항 제3호의 주요치료항목의 치료를 받은 경우에는 「순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비」의「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수」를 제3항 제3호의 주요치료항목별 1회로 산정합니다. 다만, 제3항 제3호의 주요치료항목 중 「수술(혈전제거제외)」의 경우 각각 다른 「순환계질환(특정질병제외)」으로 「수술(혈전제거제외)」을 받은 경우에는 수술 1회당 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수」 1회로 산정합니다.

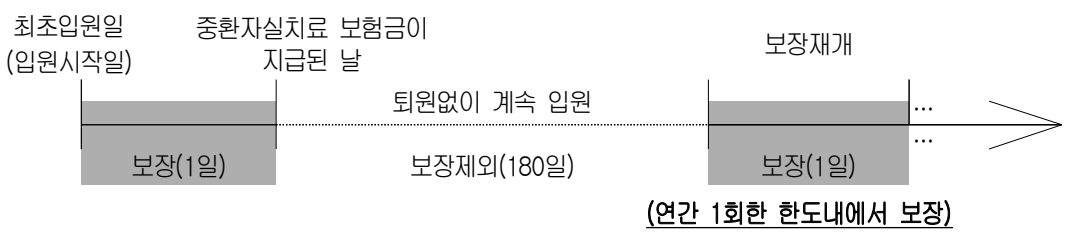
⑧ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 제3항 제4호의 주요치료항목의 치료를 받은 경우에는 「비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비」의「연간 비급여 암주요치료횟수」를 제3항 제4호의 주요치료항목별 1회로 산정합니다. 다만, 제3항 제4호의 주요치료항목 중 「전액본인부담(비급여포함) 암수술」의 경우 각각 다른 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 「전액본인부담(비급여포함) 암수술」을 받은 경우에는 수술 1회당 「연간 비급여 암주요치료횟수」 1회로 산정합니다.

⑨ 제3항 제1호 내지 제3호의 「암중환자실치료」및「순환계질환(특정질병제외) 중환자실치료」는 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 “입원시작일”이라 합니다) 기준으로 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 통합치료항목별(이하 “통합치료항목별”이라 합니다.) 「연간 주요치료횟수」를 산정합니다. 제3항에 따라 「연간 주요치료횟수」가 재산정 되더라도 동일한 「암(유사암제외)」,「유사암」,「순환계질환(특정질병제외)」 에 대한 입원의 경우 각 「암중환자실치료」및「순환계질환(특정질병제외) 중환자실치료」에 대한 재산정 대상에서 제외됩니다.

⑩ 제9항의 「암중환자실치료」및「순환계질환(특정질병제외) 중환자실치료」는 동일한 「암(유사암제외)」,「유사암」,「순환계질환(특정질병제외)」에 대한 입원이라도 통합치료항목별「연간 주요치료횟수」에 산정된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 통합치료항목별「연간 주요치료횟수」에 산정된 날로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 통합치료항목별「연간 주요치료횟수」가 산정된 날의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

⑪ 제10항의 새로운 입원인 경우에도 제2항에 따라 연간1회에 한하여 산정됩니다.

[예시] 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



[예시] 동일한 암(유사암제외), 유사암 또는 순환계질환(특정질병제외)의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 횟수산정여부

예시1)

특별약관의 계약일 : 2026년 6월 23일

날짜	구분	횟수산정 여부	사유
2026.10.1. ~ 2026.10.5	중환자실입원(1차)	인정	-
2027.5.1. ~ 2027.5.5	중환자실입원(2차)	불인정	1차 퇴원 후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(미충족)
2027.7.1. ~ 2027.7.5	중환자실입원(3차)	인정	1차 퇴원후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(충족)

예시2)

특별약관의 계약일 : 2026년 6월 23일

날짜	구분	횟수산정 여부	사유
2027.6.1.~2027.6.5	중환자실입원(1차)	인정	-
2027.8.1.~2027.8.5.	중환자실입원(2차)	불인정	1차 퇴원 후 180일 경과(미충족) 연간 1회한 한도(충족)
2027.12.21.~2028.12.25.	중환자실입원(3차)	인정	1차 퇴원후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(충족)

⑫ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑬「상급종합병원 질병수술(특정8대질병제외)」의 경우 같은 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나, 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 1회에 한하여 하나의 수술보험금만 지급하여 드립니다. 「상급종합병원 질병수술(특정8대질병제외)」을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 「상급종합병원 질병수술(특정8대질병제외)」 보험금을 지급하여 드립니다.

용어의 정의

같은 질병이라 함은 동일한 원인으로 발생한 질병으로서, 치료 부위가 다르다고 할지라도 치료의 목적이 동일한 질병일 경우 같은 질병에 해당합니다.

⑭「상급종합병원 질병1~5종수술동반입원」의 경우 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

1. 「상급종합병원 질병1~5종수술동반입원」의 지급일수는 1회 “수술동반입원”당 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 통합치료항목별 입원일수 한도를 따릅니다.
2. 제2조(「암·순환계질환 원케어치료비」의 정의) 제7항 제2호의 수술은 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 입원일수 한도에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술동반입원비를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술동반입원비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술동반입원비에서 이미 지급한 수술동반입원비를 차감하고 지급합니다.

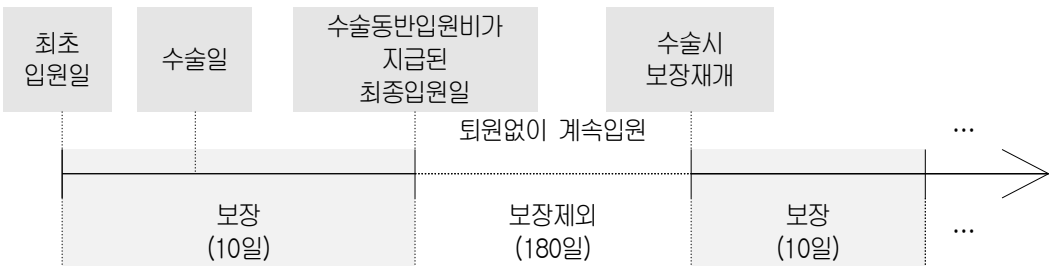
동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우

동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 함은 같은 수술실에서 수술 부위와 관계없이 시간적으로 연속하여 두 종류 이상의 수술을 받는 것을 말합니다.

3. 동일한 질병에 대한 입원이라도 수술동반입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 “수술”을 받은 경우에는 다른 “수술동반입원”으로 보아 새로운 입원일 1일째 날부터 입원 1일당 수술동반입원비를 지급합니다.

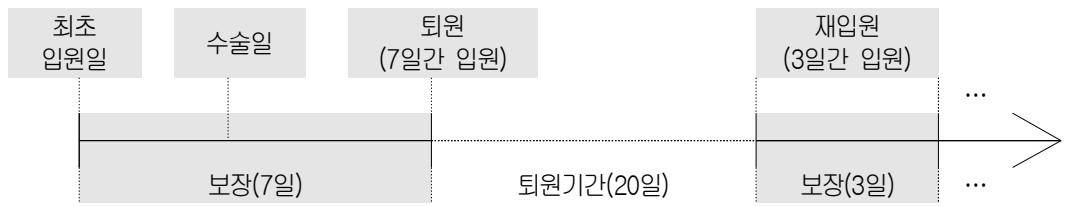
4. 다음과 같이 수술동반입원비가 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 수술동반입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<보상예시> 질병 5종에 해당하는 수술동반입원시



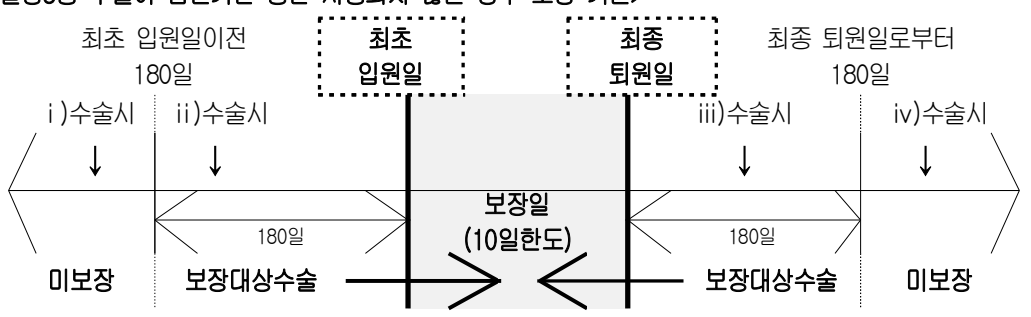
5. 수술동반입원비는 "수술" 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다.

<보상예시> 동일한 질병(5종)으로 7일간 수술동반입원, 퇴원 후 3일간 재입원시



6. 피보험자가 보장개시일 이후 "수술동반입원"하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 "수술동반입원"에 대하여는 수술동반입원비를 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제4호는 적용하지 않습니다.
7. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자의 본인이 자의적으로 입원할 때에는 회사는 수술동반입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
8. 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 "최초 입원일 이전 180일부터 최초 입원일 이내" 또는 "최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전" 수술이며, 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우 수술동반입원비를 제1호 내지 제7호에 따라 지급합니다. 특히, 같은 질병 치료를 목적으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 제2호에 따라 먼저 한 수술을 기준으로 아래와 같이 보장합니다.

<질병5종 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준>



i) 최초 입원일 이전 180일 전 수술시 미보장
ii) 최초 입원일 이전 180일부터 최초 입원일 이내 수술시 수술동반입원비를 제1호 내지 제7호에 따라 보장
iii) 최종입원의 퇴원일로부터 180일 경과일 이전 수술시 수술동반입원비를 제1호 내지 제7호에 따라 보장
iv) 최종입원 퇴원일의 180일 경과일 이후 수술시 미보장

⑮ 이 특별약관에서「암 종류별로 각각」이라 함은 제4조(「암」등의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」 각각을 말합니다.

⑯ 제2조(「암·순환계질환 원케어치료비」의 정의) 제8항의 암직접치료 상급종합병원 통원비(연간30회한)는 "암종류별로 각각" 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간30회를 한도로 지급합니다.

[암 종류별로 각각 연간 30회한도]	[암 종류별로 각각 하루에 2회이상 통원시]
· 암 → 연간30회한도	· 암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도
· 갑상선암 → 연간30회한도	· 갑상선암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도
· 기타피부암 → 연간30회한도	· 기타피부암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도
· 제자리암 → 연간30회한도	· 제자리암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도
· 경계성종양 → 연간30회한도	· 경계성종양 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도

⑰ 제2조(「암·순환계질환 원케어치료비」의 정의) 제9항의 뇌졸중 상급종합병원 통원비(연간30회한)는 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간30회를 한도로 지급합니다.

⑱ 제2조(「암·순환계질환 원케어치료비」의 정의) 제10항의 급성심근경색증 상급종합병원 통원비(연간30회한)는 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간30회를 한도로 지급합니다.

⑲ 제2조(「암·순환계질환 원케어치료비」의 정의) 제8항에서 '암관련질병의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원'이란 의사에 의해 「암관련질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「암관련질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암관련질병」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암관련질병」의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

다만 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「암관련질병」으로 진단된 경우에는 이는 「암관련질병」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

⑳ 제2조(「암·순환계질환 원케어치료비」의 정의) 제9항에서 '뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원'이란 의사에 의해 「뇌졸중」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「뇌졸중」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌졸중」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

다만 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「뇌졸중」으로 진단된 경우에는 이는 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

㉑ 제2조(「암·순환계질환 원케어치료비」의 정의) 제10항에서 '급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 통원'이란 의사에 의해 「급성심근경색증」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「급성심근경색증」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「급성심근경색증」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

다만 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「급성심근경색증」으로 진단된 경우에는 이는 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

㉒ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 「암직접치료 상급종합병원 통원비(연간30회한)」, 「뇌졸중 상급종합병원 통원비(연간30회한)」 또는「급성심근경색증 상급종합병원 통원비(연간30회한)」를 지급합니다.

㉓ 피보험자가 「상급종합병원」에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이 취소된 경우 「상급종합병원」의 지정이 취소되기 전날까지의 통원기간에 대하여 「암직접치료 상급종합병원 통원비(연간30회한)」, 「뇌졸중 상급종합병원 통원비(연간30회한)」 또는「급성심근경색증 상급종합병원 통원비(연간30회한)」를 지급합니다.

㉔ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제8조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제19조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 그 외 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
   단, 진료비세부내역서 등에서 진료수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 진료수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.
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 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제20조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 「상급종합병원 질병수술(특정8대질병제외)」 및 「상급종합병원 질병1~5종수술동반입원」의 경우 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 수술에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

> **습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증**
> 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
5. 비만(E66) 수술
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. 「상급종합병원 질병수술(특정8대질병제외)」의 경우 바이러스결막염, 맥립종 및 콩다래끼, 결막염, 외이염, 귀통증 및 귀의 삼출액, 티눈 및 굳은살, 용종, 백내장 (「특정8대질병 분류표」 【별표82】 참조)

③ 「상급종합병원 질병수술(특정8대질병제외)」 및 「상급종합병원 질병1~5종수술동반입원」의 경우, 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대

상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

④「상급종합병원 질병1~5종수술동반입원」의 경우 다음 중 어느 한가지로 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 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
7. 정상분만, 치과질환

제21조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관][1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제22조(특별약관의 취소)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제18조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「통합치료항목별 대상질병」인 「암(유사암제외)」,「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이전에 특별약관을 취소할 수 있으며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

② 제1항에도 불구하고 아래의 통합치료항목의 경우 보험계약일부터 제18조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「통합치료항목별 대상질병」인 「암(유사암제외)」, 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」이 발생하였으나 계약자가 특별약관의 취소를 선택하지 않은 때에는 보장개시일 전일 이전에 진단 확정된「암(유사암제외)」,「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어「암(유사암제외)」,「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」이 발생한 경우라도 보험금을 지급하지 않습니다.

통 합 치 료 항 목	대상질병
암주요치료(유사암제외) 생활비	암(유사암제외)
암직접치료 상급종합병원 통원비(연간30회한)	
비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비	암, 기타피부암 또는 갑상선암

제23조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로

하여 제18조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제24조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제25조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

71-2. 암·순환계질환 원케어치료비(실속형/고급형)(갱신형_20년) 특별약관

71-2-1. 암·순환계질환 원케어치료비(실속형/고급형)(갱신형_20년) 특별약관

71-2-1는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 암·순환계질환 원케어치료비(실속형/고급형) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제18조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「암·순환계질환 원케어치료비」 치료를 받은 경우 각 연간주요치료횟수 또는 각 지급횟수에 한하여 아래의 통합치료항목별 지급금액을 「암·순환계질환 원케어치료비」로 지급합니다.

가. 실속형 <보험가입금액 500만원>

통 합 치 료 항 목	연간 주요 치료 횟수	지급금액		
		최초계약		갱신 계약
		계약일로부터 1년미만 발생시	계약일로부터 1년이후 발생시	
암주요치료(유사암제외) 생활비	1회	250만원	500만원	500만원
	2회	250만원	500만원	500만원
	3회이상	250만원	500만원	500만원
암주요치료(유사암) 생활비	1회	50만원	100만원	100만원
	2회	50만원	100만원	100만원
	3회이상	50만원	100만원	100만원
비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비	1회	250만원	500만원	500만원
	2회	250만원	500만원	500만원
	3회이상	250만원	500만원	500만원
순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비	1회	250만원	500만원	500만원
	2회	250만원	500만원	500만원

	3회이상	250만원	500만원	500만원

통 합 치 료 항 목	지급 횟수	지급금액		
		최초계약		갱신 계약
		계약일로부터 1년미만 발생시	계약일로부터 1년이후 발생시	
상급종합병원 질병수술(특정8대질병제외)	수술 1회당	10만원	20만원	20만원
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원비(1종)(1일-2일)	입원 1일당 (2일한도)	5만원	10만원	10만원
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원비(2종)(1일-4일)	입원 1일당 (4일한도)	5만원	10만원	10만원
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원비(3종)(1일-6일)	입원 1일당 (6일한도)	5만원	10만원	10만원
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원비(4종)(1일-8일)	입원 1일당 (8일한도)	5만원	10만원	10만원
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원비(5종)(1일-10일)	입원 1일당 (10일한도)	5만원	10만원	10만원
암직접치료 상급종합병원 통원비(연간30회한)	통원 1회당 (연간30회한)	25천원	5만원	5만원
뇌졸중 상급종합병원 통원비(연간30회한)	통원 1회당 (연간30회한)	25천원	5만원	5만원
급성심근경색증 상급종합병원 통원비(연간30회한)	통원 1회당 (연간30회한)	25천원	5만원	5만원

나. 고급형 <보험가입금액 1,000만원>

통 합 치 료 항 목	연간 주요 치료 횟수	지급금액		
		최초계약		갱신 계약
		계약일로부터 1년미만 발생시	계약일로부터 1년이후 발생시	
암주요치료(유사암제외) 생활비	1회	500만원	1,000만원	1,000만원
	2회	500만원	1,000만원	1,000만원
	3회이상	500만원	1,000만원	1,000만원
암주요치료(유사암) 생활비	1회	100만원	200만원	200만원
	2회	100만원	200만원	200만원
	3회이상	100만원	200만원	200만원
비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비	1회	500만원	1,000만원	1,000만원
	2회	500만원	1,000만원	1,000만원
	3회이상	500만원	1,000만원	1,000만원
순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비	1회	500만원	1,000만원	1,000만원
	2회	500만원	1,000만원	1,000만원
	3회이상	500만원	1,000만원	1,000만원

통 합 치 료 항 목	지급 횟수	지급금액	
		최초계약	갱신

		계약일로부터 1년미만 발생시	계약일로부터 1년이후 발생시	계약
상급종합병원 질병수술(특정8대질병제외)	수술 1회당	25만원	50만원	50만원
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원비(1종)(1일-2일)	입원 1일당 (2일한도)	5만원	10만원	10만원
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원비(2종)(1일-4일)	입원 1일당 (4일한도)	5만원	10만원	10만원
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원비(3종)(1일-6일)	입원 1일당 (6일한도)	5만원	10만원	10만원
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원비(4종)(1일-8일)	입원 1일당 (8일한도)	125천원	25만원	25만원
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원비(5종)(1일-10일)	입원 1일당 (10일한도)	25만원	50만원	50만원
암직접치료 상급종합병원 통원비(연간30회한)	통원 1회당 (연간30회한)	5만원	10만원	10만원
뇌졸중 상급종합병원 통원비(연간30회한)	통원 1회당 (연간30회한)	5만원	10만원	10만원
급성심근경색증 상급종합병원 통원비(연간30회한)	통원 1회당 (연간30회한)	5만원	10만원	10만원

② 제1항의 「통합치료항목별 대상질병」이란 아래의 질병을 말합니다.

통 합 치 료 항 목	대상질병
암주요치료(유사암제외) 생활비	암(유사암제외)
암주요치료(유사암) 생활비	유사암
비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비	암, 기타피부암 또는 갑상선암
순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비	순환계질환(특정질병제외)
상급종합병원 질병수술(특정8대질병제외)	질병(특정8대질병제외)
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원비(1종)(1일-2일)	질병
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원비(2종)(1일-4일)	
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원비(3종)(1일-6일)	
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원비(4종)(1일-8일)	
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원비(5종)(1일-10일)	
암직접치료 상급종합병원 통원비(연간30회한)	암관련질병
뇌졸중 상급종합병원 통원비(연간30회한)	뇌졸중
급성심근경색증 상급종합병원 통원비(연간30회한)	급성심근경색증

제2조(「암·순환계질환 원케어치료비」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암·순환계질환 원케어치료비」라 함은 「암주요치료 (유사암제외) 생활비」, 「암주요치료(유사암) 생활비」, 「순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비」, 「비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비」, 「상급종합병원 질병수술(특정8대질병제외)」, 「상급종합병원 질병1~5종수술동반입원비」, 「암직접치료 상급종합병원 통원비(연간30회한)」, 「뇌졸중 상급종합병원 통원비(연간30회한)」 및 「급성심근경색증 상급종합병원 통원비(연간30회한)」를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암주요치료(유사암제외) 생활비」라 함은 보험기간 중에 제18조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「암 주요치료Ⅴ」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 암중환자실치료)의 「연간 암 주요치료횟수」가 1회이상인 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「암주요치료(유사암) 생활비」라 함은 보험기간 중에 제18조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에「유사암」으로 진단확정되고 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 「암 주요치료Ⅴ」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 암중환자실치료)의 「연간 유사암 주요치료횟수」가 1회이상인 경우를 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비」라 함은 보험기간 중에 제18조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에「암」, 「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 「암」, 「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여 암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)의 「연간 비급여 암주요치료횟수」가 1회이상인 경우를 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비」라 함은 보험기간 중에「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단확정되고 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」(수술, 혈전제거치료, 혈전용해치료, 순환계질환(특정질병제외) 중환자실치료)의 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수」가 1회이상인 경우를 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「상급종합병원 질병수술(특정8대질병제외)」라 함은 보험기간 중에 「질병(특정8대질병제외)」으로 진단확정되고「질병(특정8대질병제외)」의 치료를 직접적인 목적으로 「상급종합병원」에서 제8조(「수술」의 정의와 장소)에서 정한「수술」을 받은 경우를 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「상급종합병원 질병1~5종수술동반입원」라 함은 보험기간 중에 진단 확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 다음 각 호에 모두 해당하는 경우를 말합니다.

1.「상급종합병원」에 계속입원하여 치료를 받은 경우.
2. 제8조(「수술」의 정의와 장소) 제1항 제2호에서 정한 수술을 받은 경우.
3. 상기 1호 및 2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.

⑧「암직접치료 상급종합병원 통원비(연간30회한)」라 함은 보험기간 중에 제18조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에「암관련질병」으로 진단이 확정되고, 그 「암관련질병의 직접적인 치료」를 목적으로 「상급종합병원」에 통원하였을 경우를 말하며, 「암 종류별로 각각」 통원 1회당 연간 30회한도로 합니다.

⑨「뇌졸중 상급종합병원 통원비(연간30회한)」라 함은 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단이 확정되고, 그 뇌졸중의 치료를 목적으로 「상급종합병원」에 통원하였을 경우를 말하며, 통원 1회당 연간 30회한도로 합니다.

⑩「급성심근경색증 상급종합병원 통원비(연간30회한)」라 함은 보험기간 중에 「급성심근경색증」으로 진단이 확정되고, 그 급성심근경색증의 치료를 목적으로 「상급종합병원」에 통원하였을 경우를 말하며, 통원 1회당 연간 30회한도로 합니다.

제3조(「상급종합병원」의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 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.

제4조(「암」 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」,「경계성종양」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
   다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
5. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제1항 제1호의 「암」에서 제3항의 「유사암」을 제외한 암을 말합니다.
③ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 제1항 제2호 내지 제5호의 「갑상선암」,「기타피부암」,「제자리암」 및 「경계성종양」을 말합니다.
④ 이 특별약관에서「암관련질병」이라 함은 제1항 제1호의 「암」 및 제1항 제2호 내지 제5호의 「갑상선암」,「기타피부암」,「제자리암」 및 「경계성종양」을 말합니다.
⑤「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」,「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」,「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」,「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야

합니다.

<「제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제5조(「암 주요치료Ⅴ」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 주요치료Ⅴ」라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 암중환자실치료를 말합니다.

②「암 주요치료Ⅴ」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지2 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. 단순 호르몬제 치료

단순 호르몬제 치료
암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.
가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 「암 주요치료Ⅴ」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

제6조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」의 정의)

이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」라 함은「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「수술」을 받은 경우
2.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전제거치료」를 받은 경우
3.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우
4.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「순환계질환(특정질병제외) 중환자실치료」를 받은 경우

제7조(「비급여 암주요치료」등의 정의)

① 이 특별약관에서 「비급여 암주요치료」라 함은「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 암수술」을 받은 경우
2.「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」를 받은 경우
3.「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」를 받은 경우

②「비급여 암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료

3. 암이나 비급여 암주요치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 단순 호르몬제 치료(다만, 호르몬성 항암치료는 「비급여 암주요치료」에 포함됩니다)

단순 호르몬제 치료
암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.
가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 「비급여 암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 이 특별약관에서 「전액본인부담」이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「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.

⑤ 제1항 제1호의 「전액본인부담(비급여포함) 암수술」은 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑥ 제1항 제2호의 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑦ 제1항 제3호의 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

용어의 정의
· 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제8조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 아래 각 호에서 정한 수술을 말합니다.
1. 제2조(「암·순환계질환 원케어치료비」의 정의) 제2항 내지 제6항의 경우 : 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
2. 제2조(「암·순환계질환 원케어치료비」의 정의) 제7항 제2호의 경우 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것으로,「1~5종 수술분류표Ⅳ」(【별표34】 참조)에서 정한 수술을 말합니다.

② 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제2항에도 불구하고 제2조(「암·순환계질환 원케어치료비」의 정의) 제6항 및 제7항 제2호의 경우에는, 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술 역시「수술」에 포함합니다.
다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

④ 제3항의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.

⑤ 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
⑥ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
8. 「암 주요치료Ⅴ」 중 「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」
9. 「비급여 암주요치료」 중 「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」
10. 「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」 중 「혈전제거치료」

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제9조(「암중환자실치료」 및 「순환계질환(특정질병제외) 중환자실치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암중환자실치료」 및 「순환계질환(특정질병제외) 중환자실치료」 라 함은 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. 「암중환자실치료」 라 함은 의사에 의하여 「암(유사암제외)」 의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「암(유사암제외)」 으로 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.
2. 「순환계질환(특정질병제외) 중환자실치료」 라 함은 의사에 의하여 「순환계질환(특정질병제외)」 의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「순환계질환(특정질병제외)」 으로 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.
② 제1항의 「중환자실」 이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」 에서 정한 중환자실을 말합니다.
③ 제1항의 「종합병원」 이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제10조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」 등의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」 라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.
② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」 라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.
③ 「항암약물치료(호르몬치료제외)」 라 함은 제2항에서 정한 「항암약물치료」 중에서 제4항에서 정한 「항암호르몬약물치료」 를 제외한 치료를 말합니다.
④ 「항암호르몬약물치료」 라 함은 제2항에서 정한 「항암약물치료」 중에서 다음 각 호의 조건을 모두 충족

하는 "호르몬성 항암제"를 말합니다.

1. 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"에서 정한 약효분류번호 421(항악성종양제), 617(주로 악성종양에 작용하는 것)에 해당하는 약제
2. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계에 따라 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터(KPIS)에서 부여한 국내 의약품 ATC코드에서 L02(항악성종양제 및 면역조절제 중 내분비 치료제)에 해당하는 약제

호르몬성 항암제

호르몬의 작용을 억제하거나 조절하여 암세포의 성장을 억제하는 약물

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고, 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"의 개정에 따라 제4항 제1호의 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

⑥ 제4항 제2호에도 불구하고, 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계의 개정으로 제4항 제2호의 "ATC코드"가 폐지 또는 변경되거나, 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터에서 국내 의약품에 대하여 "ATC코드"를 부여하지 않아 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 기준을 따릅니다.

제11조(「순환계질환(특정질병제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 분류표」(【별표84】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서「특정질병」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서「특정순환계질환II 분류표」(【별표85】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③「순환계질환(특정질병제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 혈액검사(혈액 중 심장효소검사 등), 뇌척수액 검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가「순환계질환(특정질병제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이「순환계질환(특정질병제외)」으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투

여한 뒤 촬영하는 기술

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]
Single Photon Emission Computed Tomography. γ선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제12조(「혈전제거치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전제거치료」라 함은 의사가 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.
② 「혈전제거술」이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에「혈전용해제」를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제13조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사가「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
② 제1항의「혈전용해제」라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.
③ 제2항의「혈전용해제」를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은「혈전용해치료」에서 제외됩니다.

제14조(「특정8대질병」의 정의)

이 특별약관에서 「특정8대질병」이라 함은 「특정8대질병 분류표」(【별표82】참조)에 해당하는 1. 바이러스결막염, 2. 맥립종 및 콩다래끼, 3. 결막염, 4. 외이염, 5. 귀통증 및 귀의 삼출액, 6. 티눈 및 굳은살, 7. 용종, 8. 백내장을 말합니다.

제15조(「입원」및「통원」의 정의)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
③ 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여「암관련질병」의 직접치료, 「뇌졸중」 및 「급성심근경색증」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 「상급종합병원」에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제16조(「뇌졸중」 및 「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 아래의 각 호를 말합니다.

1. 제2조(「암·순환계질환 원케어치료비」의 정의) 제9항의 「뇌졸중」라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표17】 참조)에서 「뇌졸중」 해당하는 1. 거미막하출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착으로 분류되는 질병을 말합니다.
2. 제1호의 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 '가'와 '나'의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
   가. 보험기간 중 「뇌졸중」 으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
   나. 부검감정서상 사인이 「뇌졸중」 으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]

Single Photon Emission Computed Tomography. γ선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용 하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

② 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 아래의 각 호를 말합니다.

1. 제2조(「암·순환계질환 원케어치료비」의 정의) 제10항의 「급성심근경색증」이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표16】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 제1호의 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 '가'와 '나'의 어느 하

나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
가. 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
나. 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제17조(「암관련질병의 직접적인 치료」의 정의)

① 「암관련질병의 직접적인 치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.
② 「암관련질병의 직접적인 치료」에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
③ 「암관련질병의 직접적인 치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암관련질병의 직접적인 치료」로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. 암의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. 암의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제18조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 「통합치료항목별 대상질병」의 보장개시일은 아래의 각 호를 따릅니다.
1. 최초계약의 경우 :
가. 아래의 통합치료항목의 경우 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

통 합 치 료 항 목	대상질병
암주요치료(유사암제외) 생활비	암(유사암제외)
암직접치료 상급종합병원 통원비(연간30회한)	
비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비	암, 기타피부암 또는 갑상선암

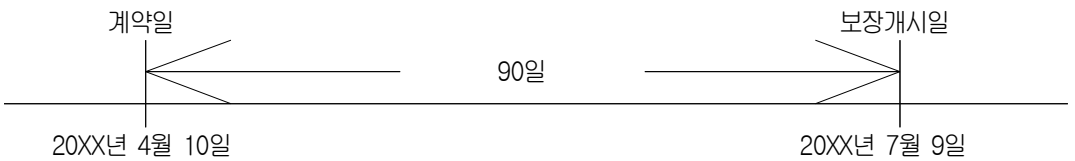
나. 그 외 아래의 통합치료항목의 경우 : 보험계약일

통 합 치 료 항 목	대상질병
암주요치료(유사암) 생활비	유사암
암직접치료 상급종합병원 통원비(연간30회한)	유사암
뇌졸중 상급종합병원 통원비(연간30회한)	뇌졸중
급성심근경색증 상급종합병원 통원비(연간30회한)	급성심근경색증
순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비	순환계질환(특정질병제외)
상급종합병원 질병수술(특정8대질병제외)	질병(특정8대질병제외)

상급종합병원 질병1~5종수술동반입원(1종)(1일-2일)	질병
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원(2종)(1일-4일)	
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원(3종)(1일-6일)	
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원(4종)(1일-8일)	
상급종합병원 질병1~5종수술동반입원(5종)(1일-10일)	

2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

< 암·순환계질환 원케어치료비(고급형/실속형)의 보장개시일 >
(최초계약에 한함)
(단, 제1호 가목의 통합치료항목만 해당, 제1호 나목의 통합치료항목은 제외)



② 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

③「연간 주요치료횟수」라 함은 아래의 각 호를 말합니다.

1.「연간 암 주요치료횟수」 : 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 받은 「암 주요치료Ⅴ」의 치료 항목별 연간치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수

주 요 치 료 항 목	산정기준
암수술	수술1회당
항암방사선치료	연간1회당
항암약물치료(호르몬치료제외)	연간1회당
암중환자실치료	연간1회당

2.「연간 유사암 주요치료횟수」 : 피보험자가 「유사암」으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 받은 「암 주요치료Ⅴ」의 치료 항목별 연간치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수

주 요 치 료 항 목	산정기준
암수술	수술1회당
항암방사선치료	연간1회당
항암약물치료(호르몬치료제외)	연간1회당
암중환자실치료	연간1회당

3.「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수」: 피보험자가 「순환계질환(특정질병제외)」로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 받은 「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」의 치료 항목별 연간치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수

주 요 치 료 항 목	산정기준
수술(혈전제거제외)	수술1회당
혈전제거치료	연간1회당
혈전용해치료	연간1회당
순환계질환(특정질병제외) 중환자실치료	연간1회당

4.「연간 비급여 암주요치료횟수」: 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 받은 「비급여 암주요치료」의 주요치료항목별 연간치료횟수를 아래의 산정

기준에 따라 합산한 횟수

주 요 치 료 항 목	산정기준
전액본인부담(비급여포함) 암수술	수술1회당
전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료	연간1회당
전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료	연간1회당

[예시] 연간 암 주요치료횟수 산정 예시

예시1)
연간 암수술 1회,
연간 항암방사선치료 1회,
연간 항암약물치료(호르몬치료제외) 1회,
연간 암중환자실치료 1회 시행한 경우
⇒ 연간 암 주요치료횟수 : 4회 (1회+1회+1회+1회)

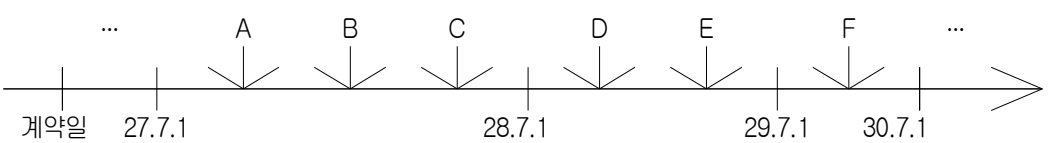
예시2)
연간 암수술 0회,
연간 항암방사선치료 2회,
연간 항암약물치료(호르몬치료제외) 1회,
연간 암중환자실치료 2회 시행한 경우
⇒ 연간 암 주요치료횟수 : 3회 (0회+1회+1회+1회)

예시3)
연간 암수술 2회,
연간 항암방사선치료 0회,
연간 항암약물치료(호르몬치료제외) 1회,
연간 암중환자실치료 3회 시행한 경우
⇒ 연간 암 주요치료횟수 : 4회 (2회+0회+1회+1회)

④ 제3항의 「연간 주요치료횟수」는 계약해당일을 기준으로 매년 재산정됩니다.

[보험금 지급 예시 (보험가입금액 1,000만원, 실속형 기준)]
- 대상통합치료항목 : 암주요치료비(유사암제외) 생활비
- 특별약관의 계약일 : 2026년 7월 1일
- 암 진단일 : 2027년 7월 1일

A : 암수술
B : 항암방사선치료
C : 항암약물치료(호르몬치료제외)
D : 암수술
E : 항암방사선치료
F : 항암약물치료(호르몬치료제외)



A : 500만원 지급(연간 암 주요치료횟수 1회)

B : 500만원 지급(연간 암 주요치료횟수 2회)
C : 500만원 지급(연간 암 주요치료횟수 3회)
D : 500만원 지급(연간 암 주요치료횟수 1회)
E : 500만원 지급(연간 암 주요치료횟수 2회)
F : 500만원(연간 암 주요치료횟수 1회)

⑤ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「암(유사암제외)」으로 제3항 제1호의 주요치료항목의 치료를 받은 경우에는 「암주요치료(유사암제외) 생활비」의「연간 암 주요치료횟수」를 제3항 제1호의 주요치료항목별 1회로 산정합니다. 다만, 제3항 제2호의 주요치료항목 중 「암수술」의 경우 각각 다른 「암(유사암제외)」으로 「암수술」을 받은 경우에는 수술 1회당 「연간 암 주요치료횟수」 1회로 산정합니다.

⑥ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「유사암」으로 제3항 제2호의 주요치료항목의 치료를 받은 경우에는 「암주요치료(유사암) 생활비」의「연간 유사암 주요치료횟수」를 제3항 제2호의 주요치료항목별 1회로 산정합니다. 다만, 제3항 제2호의 주요치료항목 중 「암수술」의 경우 각각 다른 「유사암」으로 「암수술」을 받은 경우에는 수술 1회당 「연간 유사암 주요치료횟수」 1회로 산정합니다.

⑦ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「순환계질환(특정질병제외)」로 제3항 제3호의 주요치료항목의 치료를 받은 경우에는 「순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비」의「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수」를 제3항 제3호의 주요치료항목별 1회로 산정합니다. 다만, 제3항 제3호의 주요치료항목 중 「수술(혈전제거제외)」의 경우 각각 다른 「순환계질환(특정질병제외)」으로 「수술(혈전제거제외)」을 받은 경우에는 수술 1회당 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수」 1회로 산정합니다.

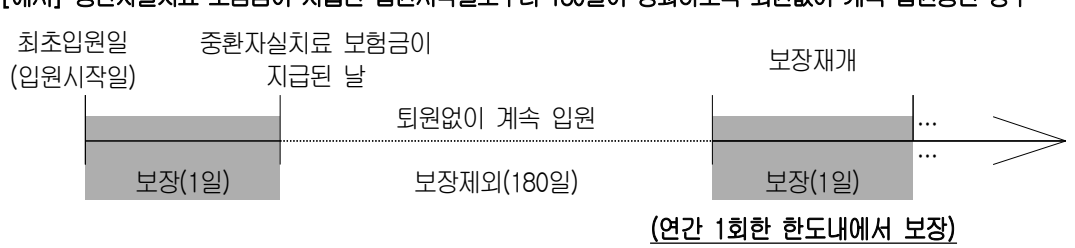
⑧ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 제3항 제4호의 주요치료항목의 치료를 받은 경우에는 「비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비」의「연간 비급여 암주요치료횟수」를 제3항 제4호의 주요치료항목별 1회로 산정합니다. 다만, 제3항 제4호의 주요치료항목 중 「전액본인부담(비급여포함) 암수술」의 경우 각각 다른 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 「전액본인부담(비급여포함) 암수술」을 받은 경우에는 수술 1회당 「연간 비급여 암주요치료횟수」 1회로 산정합니다.

⑨ 제3항 제1호 내지 제3호의 「암중환자실치료」및「순환계질환(특정질병제외) 중환자실치료」는 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 “입원시작일”이라 합니다) 기준으로 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 통합치료항목별(이하 “통합치료항목별”이라 합니다.) 「연간 주요치료횟수」를 산정합니다. 제3항에 따라 「연간 주요치료횟수」가 재산정 되더라도 동일한 「암(유사암제외)」,「유사암」,「순환계질환(특정질병제외)」 에 대한 입원의 경우 각 「암중환자실치료」및「순환계질환(특정질병제외) 중환자실치료」에 대한 재산정 대상에서 제외됩니다.

⑩ 제9항의 「암중환자실치료」및「순환계질환(특정질병제외) 중환자실치료」는 동일한 「암(유사암제외)」,「유사암」,「순환계질환(특정질병제외)」에 대한 입원이라도 통합치료항목별「연간 주요치료횟수」에 산정된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 통합치료항목별「연간 주요치료횟수」에 산정된 날로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 통합치료항목별「연간 주요치료횟수」가 산정된 날의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

⑪ 제10항의 새로운 입원인 경우에도 제2항에 따라 연간1회에 한하여 산정됩니다.

[예시] 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



[예시] 동일한 암(유사암제외), 유사암, 또는 순환계질환(특정질병제외)의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 횟수산정여부

예시1)

특별약관의 계약일 : 2026년 6월 23일

날짜	구분	횟수산정 여부	사유
2026.10.1. ~ 2026.10.5	중환자실입원(1차)	인정	-
2027.5.1. ~ 2027.5.5	중환자실입원(2차)	불인정	1차 퇴원 후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(미충족)
2027.7.1. ~ 2027.7.5	중환자실입원(3차)	인정	1차 퇴원후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(충족)

예시2)

특별약관의 계약일 : 2026년 6월 23일

날짜	구분	횟수산정 여부	사유
2027.6.1.~2027.6.5	중환자실입원(1차)	인정	-
2027.8.1.~2027.8.5.	중환자실입원(2차)	불인정	1차 퇴원 후 180일 경과(미충족) 연간 1회한 한도(충족)
2027.12.21.~2028.12.25.	중환자실입원(3차)	인정	1차 퇴원후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(충족)

⑫ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑬「상급종합병원 질병수술(특정8대질병제외)」의 경우 같은 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나, 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 1회에 한하여 하나의 수술보험금만 지급하여 드립니다. 「상급종합병원 질병수술(특정8대질병제외)」을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 「상급종합병원 질병수술(특정8대질병제외)」 보험금을 지급하여 드립니다.

용어의 정의

같은 질병이라 함은 동일한 원인으로 발생한 질병으로서, 치료 부위가 다르다고 할지라도 치료의 목적이 동일한 질병일 경우 같은 질병에 해당합니다.

⑭「상급종합병원 질병1~5종수술동반입원」의 경우 다음 각 호의 사항을 따릅니다.

1. 「상급종합병원 질병1~5종수술동반입원」의 지급일수는 1회 “수술동반입원”당 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 통합치료항목별 입원일수 한도를 따릅니다.
2. 제2조(「암·순환계질환 원케어치료비」의 정의) 제7항 제2호의 수술은 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 입원일수 한도에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술동반입원비를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술동반입원비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술동반입원비에서 이미 지급한 수술동반입원비를 차감하고 지급합니다.

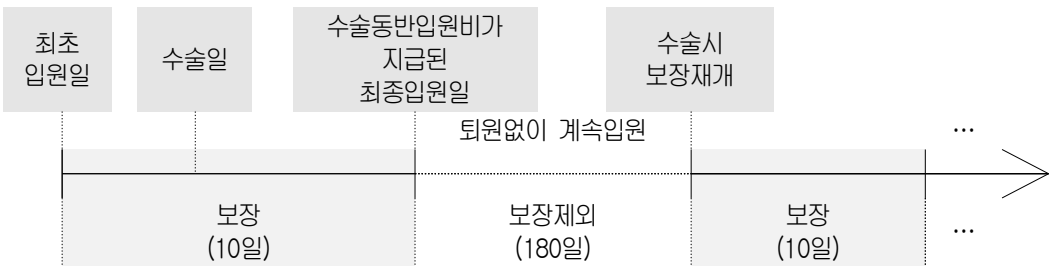
동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우

동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 함은 같은 수술실에서 수술 부위와 관계없이 시간적으로 연속하여 두 종류 이상의 수술을 받는 것을 말합니다.

3. 동일한 질병에 대한 입원이라도 수술동반입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 “수술”을 받은 경우에는 다른 “수술동반입원”으로 보아 새로운 입원일 1일째 날부터 입원 1일당 수술동반입원비를 지급합니다.

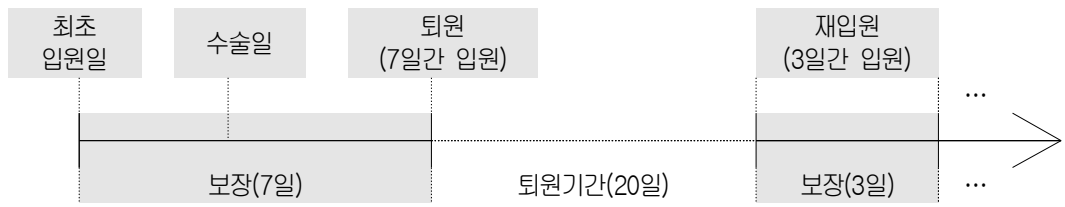
4. 다음과 같이 수술동반입원비가 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 수술동반입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<보상예시> 질병 5종에 해당하는 수술동반입원시



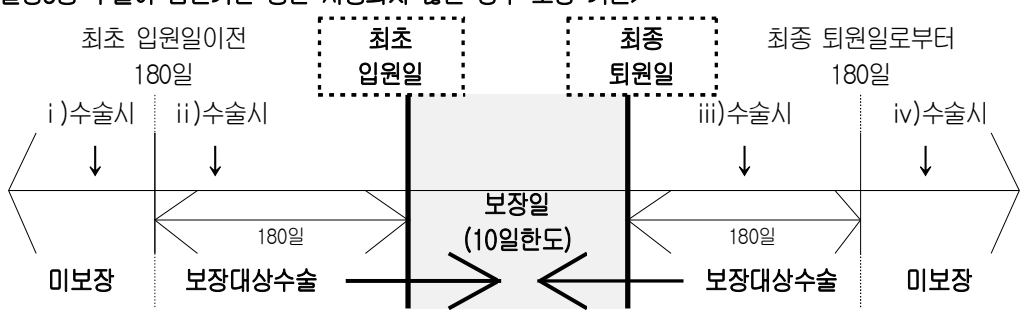
5. 수술동반입원비는 "수술" 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다.

<보상예시> 동일한 질병(5종)으로 7일간 수술동반입원, 퇴원 후 3일간 재입원시



6. 피보험자가 보장개시일 이후 "수술동반입원"하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 "수술동반입원"에 대하여는 수술동반입원비를 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제4호는 적용하지 않습니다.
7. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자의 본인이 자의적으로 입원할 때에는 회사는 수술동반입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
8. 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 "최초 입원일 이전 180일부터 최초 입원일 이내" 또는 "최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전" 수술이며, 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우 수술동반입원비를 제1호 내지 제7호에 따라 지급합니다. 특히, 같은 질병 치료를 목적으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 제2호에 따라 먼저 한 수술을 기준으로 아래와 같이 보장합니다.

<질병5종 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준>



i) 최초 입원일 이전 180일 전 수술시 미보장
ii) 최초 입원일 이전 180일부터 최초 입원일 이내 수술시 수술동반입원비를 제1호 내지 제7호에 따라 보장
iii) 최종입원의 퇴원일로부터 180일 경과일 이전 수술시 수술동반입원비를 제1호 내지 제7호에 따라 보장
iv) 최종입원 퇴원일의 180일 경과일 이후 수술시 미보장

⑮ 이 특별약관에서「암 종류별로 각각」이라 함은 제4조(「암」등의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」 각각을 말합니다.

⑯ 제2조(「암·순환계질환 원케어치료비」의 정의) 제8항의 암직접치료 상급종합병원 통원비(연간30회한)는 "암종류별로 각각" 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간30회를 한도로 지급합니다.

[암 종류별로 각각 연간 30회한도]	[암 종류별로 각각 하루에 2회이상 통원시]
· 암 → 연간30회한도	· 암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도
· 갑상선암 → 연간30회한도	· 갑상선암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도
· 기타피부암 → 연간30회한도	· 기타피부암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도
· 제자리암 → 연간30회한도	· 제자리암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도
· 경계성종양 → 연간30회한도	· 경계성종양 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도

⑰ 제2조(「암·순환계질환 원케어치료비」의 정의) 제9항의 뇌졸중 상급종합병원 통원비(연간30회한)는 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간30회를 한도로 지급합니다.

⑱ 제2조(「암·순환계질환 원케어치료비」의 정의) 제10항의 급성심근경색증 상급종합병원 통원비(연간30회한)는 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간30회를 한도로 지급합니다.

⑲ 제2조(「암·순환계질환 원케어치료비」의 정의) 제8항에서 '암관련질병의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원'이란 의사에 의해 「암관련질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「암관련질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암관련질병」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암관련질병」의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

다만 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「암관련질병」으로 진단된 경우에는 이는 「암관련질병」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

⑳ 제2조(「암·순환계질환 원케어치료비」의 정의) 제9항에서 '뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원'이란 의사에 의해 「뇌졸중」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「뇌졸중」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌졸중」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

다만 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「뇌졸중」으로 진단된 경우에는 이는 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

㉑ 제2조(「암·순환계질환 원케어치료비」의 정의) 제10항에서 '급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 통원'이란 의사에 의해 「급성심근경색증」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「급성심근경색증」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「급성심근경색증」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

다만 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「급성심근경색증」으로 진단된 경우에는 이는 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

㉒ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 「암직접치료 상급종합병원 통원비(연간30회한)」, 「뇌졸중 상급종합병원 통원비(연간30회한)」 또는「급성심근경색증 상급종합병원 통원비(연간30회한)」를 지급합니다.

㉓ 피보험자가 「상급종합병원」에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이 취소된 경우 「상급종합병원」의 지정이 취소되기 전날까지의 통원기간에 대하여 「암직접치료 상급종합병원 통원비(연간30회한)」, 「뇌졸중 상급종합병원 통원비(연간30회한)」 또는「급성심근경색증 상급종합병원 통원비(연간30회한)」를 지급합니다.

㉔ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제8조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제19조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 그 외 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
   단, 진료비세부내역서 등에서 진료수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 진료수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.
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 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제20조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 「상급종합병원 질병수술(특정8대질병제외)」 및 「상급종합병원 질병1~5종수술동반입원」의 경우 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 수술에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

> **습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증**
> 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
5. 비만(E66) 수술
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. 「상급종합병원 질병수술(특정8대질병제외)」의 경우 바이러스결막염, 맥립종 및 콩다래끼, 결막염, 외이염, 귀통증 및 귀의 삼출액, 티눈 및 굳은살, 용종, 백내장 (「특정8대질병 분류표」 【별표82】 참조)

③ 「상급종합병원 질병수술(특정8대질병제외)」 및 「상급종합병원 질병1~5종수술동반입원」의 경우, 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대

상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

④「상급종합병원 질병1~5종수술동반입원」의 경우 다음 중 어느 한가지로 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 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
7. 정상분만, 치과질환

제21조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관][1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제22조(특별약관의 취소)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제18조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 보장 보장개시일의 전일 이전에 「통합치료항목별 대상질병」인 「암(유사암제외)」,「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이전에 특별약관을 취소할 수 있으며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

② 제1항에도 불구하고 아래의 통합치료항목의 경우 보험계약일부터 제18조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「통합치료항목별 대상질병」인 「암(유사암제외)」, 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」이 발생하였으나 계약자가 특별약관의 취소를 선택하지 않은 때에는 보장개시일 전일 이전에 진단 확정된「암(유사암제외)」,「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어「암(유사암제외)」,「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」이 발생한 경우라도 보험금을 지급하지 않습니다.

통 합 치 료 항 목	대상질병
암주요치료(유사암제외) 생활비	암(유사암제외)
암직접치료 상급종합병원 통원비(연간30회한)	
비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비	암, 기타피부암 또는 갑상선암

제23조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로

하여 제18조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제24조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제25조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

72. 특정패혈증진단비 특별약관

72-1. 특정패혈증진단비(통합간편가입형) 특별약관
72-2. 특정패혈증진단비 특별약관

72-1 및 72-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 특정패혈증진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「특정패혈증」의 정의 및 진단확정)의 「특정패혈증」으로 진단 확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
특정패혈증진단비	이 특별약관의 보험가입금액

제2조(「특정패혈증」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정패혈증」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「특정패혈증 분류표」(【별표52】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의「특정패혈증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가「특정패혈증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 특정패혈증진단비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

73. 급성신우신염진단비(감액없음) 특별약관

73-1. 급성신우신염진단비(감액없음)(통합간편가입형) 특별약관
73-2. 급성신우신염진단비(감액없음) 특별약관

73-1 및 73-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 급성신우신염진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「급성신우신염」의 정의 및 진단확정)의 「급성신우신염」으로 진단 확정 되었을 경우 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
급성신우신염진단비	이 특별약관의 보험가입금액

제2조(「급성신우신염」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「급성신우신염」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「급성신우신염 분류표」(【별표53】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의「급성신우신염」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가「급성신우신염」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험

료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 급성신우신염진단비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

74. 중증갑상선암진단비 특별약관

74-1. 중증갑상선암진단비(통합간편가입형) 특별약관
74-2. 중증갑상선암진단비 특별약관

74-1 및 74-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 중증갑상선암진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「중증갑상선암」의 정의 및 진단확정)의 「중증갑상선암」으로 진단이 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
중증갑상선암진단비	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「중증갑상선암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「갑상선의 악성신생물(암) 분류표」(【별표30】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합

니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

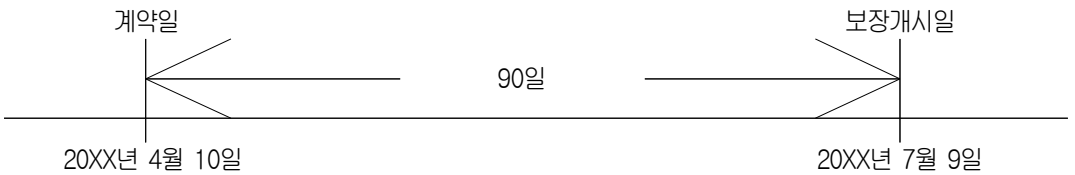
② 이 특별약관에서 「중증갑상선암」이라 함은 제1항의 「갑상선암」중에서 '수질성암(Medullary carcinoma)' 또는 '역형성암(Anaplastic carcinoma)'에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 제2항의 「중증갑상선암」진단은 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 진단 확정된 경우에 한합니다.
④「중증갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「중증갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「중증갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「중증갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 중증갑상선암진단비의 보장개시일은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날입니다.

< 중증갑상선암진단비의 보장개시일 >



② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제7조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.
③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)

에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제2조(「중증갑상선암」의 정의 및 진단확정)의 「중증갑상선암」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 중증갑상선암진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

75. 카티(CAR-T) 항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관

75-1. 카티(CAR-T) 항암약물허가치료비(연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관
75-2. 카티(CAR-T) 항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관

75-1 및 75-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 카티(CAR-T) 항암약물허가치료비(연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「카티(CAR-T) 보장 대상 암」의 정의 및 진

단확정)의 「카티(CAR-T) 보장 대상 암」으로 진단 확정되고, 그 「카티(CAR-T) 보장 대상 암」의 치료를 직접적인 목적으로 「카티항암약물허가치료」를 받은 경우에는 연간1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
카티(CAR-T) 항암약물허가치료비 (연간1회한)	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)
	갱신 계약	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)

제2조(「카티(CAR-T) 보장 대상 암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「카티(CAR-T) 보장 대상 암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「카티(CAR-T) 보장 대상 암 분류표」(【별표54-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「카티(CAR-T) 보장 대상 암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 「카티(CAR-T) 보장 대상 암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「카티(CAR-T) 보장 대상 암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「카티(CAR-T) 보장 대상 암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(카티치료제 및 카티항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「카티치료제」라 함은 환자 본인의 혈액에서 T세포를 분리하고 체외에서 유전자 도입(변형)을 통해 제조 및 증폭된 키메라항원수용체T세포(CAR-T(카티)세포)를 환자의 몸에 주입함으로써 암세포의 표면항원을 특이적으로 인지해 암세포를 공격하여 사멸시키는 치료제를 말합니다.

카티치료제
카티치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 항체 바이러스 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.

카티치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내
카티치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 7월 기준 카티치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표54-2】 카티치료제 해당 의약품명 및 성분명 분류표에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 「카티항암약물허가치료」라 함은 제4조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)의 의료기관에서 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「카티(CAR-T) 보장 대상 암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「카티치료제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.
1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법
- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한요양기관에 한함)」 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에서 「카티치료제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「카티치료제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제4조(항암약물치료의 정의)

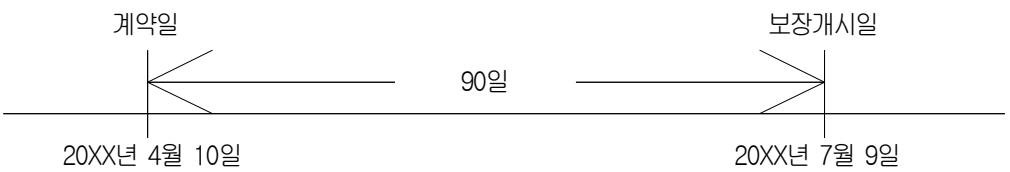
이 특별약관에서 항암약물치료라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 카티(CAR-T) 항암약물허가치료비(연간1회한)의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 최초계약의 경우 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

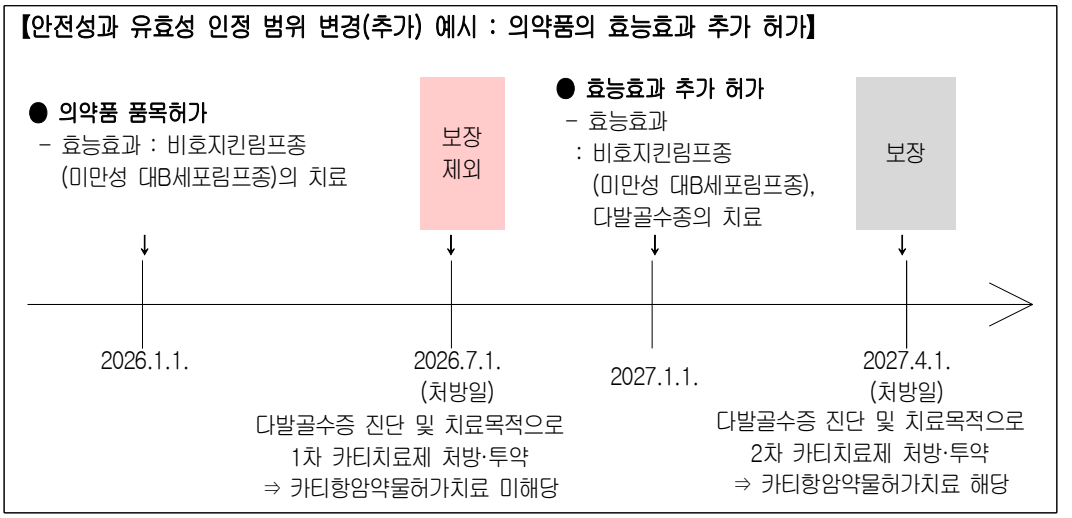
< 카티(CAR-T) 항암약물허가치료비(연간1회한)의 보장개시일 >
(최초계약에 한함)

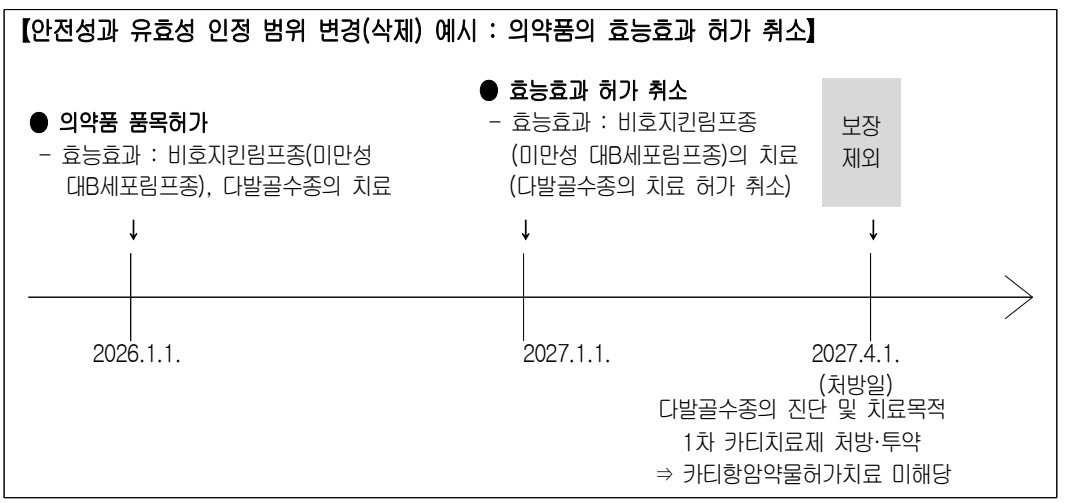


② 제1조(보험금의 지급사유)의 카티(CAR-T) 항암약물허가치료비(연간1회한)는 「카티치료제」를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【카티치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위】

③ 제1조(보험금의 지급사유)의 「카티항암약물허가치료를 받은 경우」라 함은 「카티치료제」를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제3조(카티치료제 및 카티항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

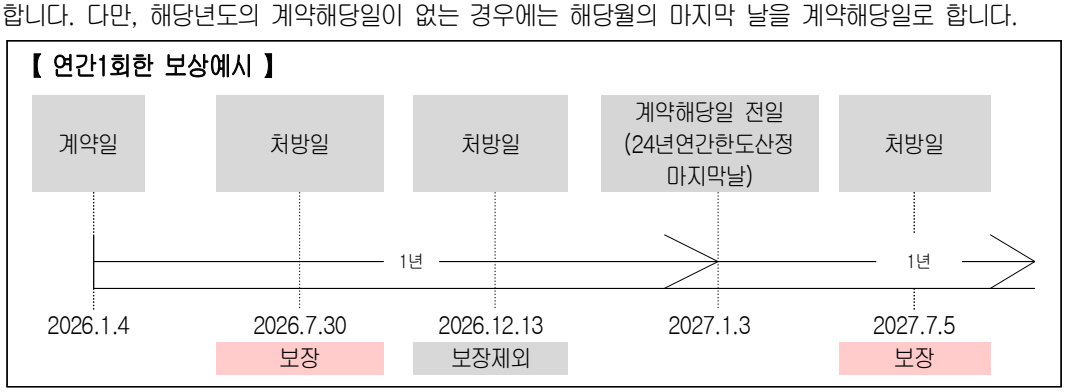




④ 제2항에 따라 「안전성과 유효성 인정 범위」 가 변경되는 경우, 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」에 따라 「카티(CAR-T) 보장 대상 암」을 변경하여 적용합니다.

⑤「카티치료제」를 처방받고 약물이 투여되지 않은 경우에는 보장하지 않습니다. 다만, 이 특별약관의 보험기간 이내에 「카티치료제」를 처방 받았으나 의사와 일정 협의 등으로 보험기간 이후에 약물을 투여 받은 경우에는 이를 보장하여 드립니다.

⑥ 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.



⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「카티(CAR-T) 보장 대상 암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「카티(CAR-T) 보장 대상 암」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 카티(CAR-T)항암약물허가치료 증명서
   가. 카티(CAR-T)항암약물허가치료 진단서 또는 카티(CAR-T)항암약물허가치료 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 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제10조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료

추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제11조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

76-1. 종합병원 질병입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관

76-1-1. 종합병원 질병입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관

76-1-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 종합병원 질병입원비(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 종합병원에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
종합병원 질병입원비 (1일-180일)	계약일로부터 1년미만 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(180일한도)
	계약일로부터 1년이후 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)

제2조(「용어」의 정의)

① 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 「종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

[의료법 제3조의3(종합병원)]

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100 병상 이상 300 병상 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. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.<개정 2010. 1. 18.>

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

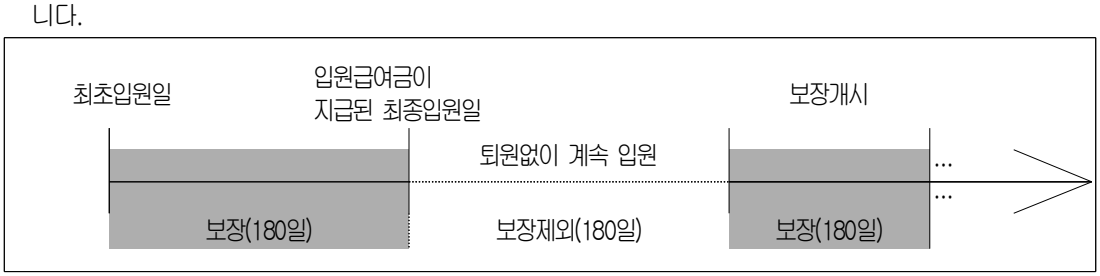
⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.<개정 2010. 1. 18.>

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 종합병원 질병입원비(1일-180일)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 종합병원 질병입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 다음과 같이 종합병원 질병입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 종합병원 질병입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

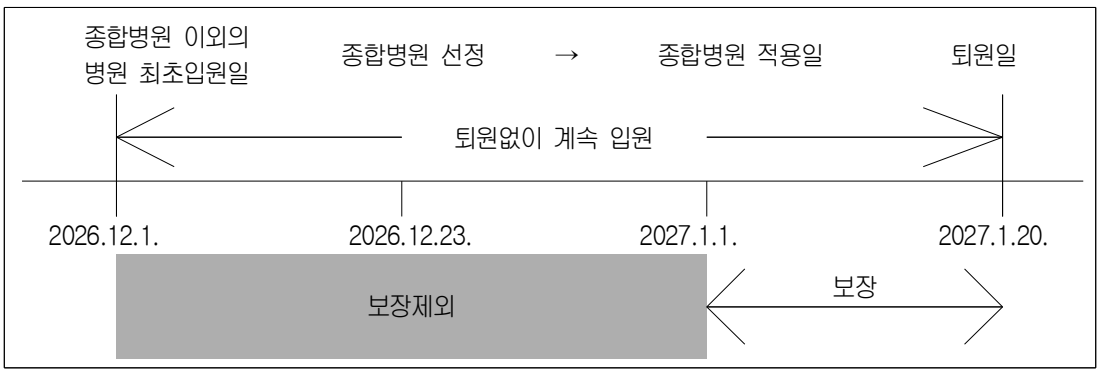


④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 종합병원 질병입원비(1일-180일)를 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.

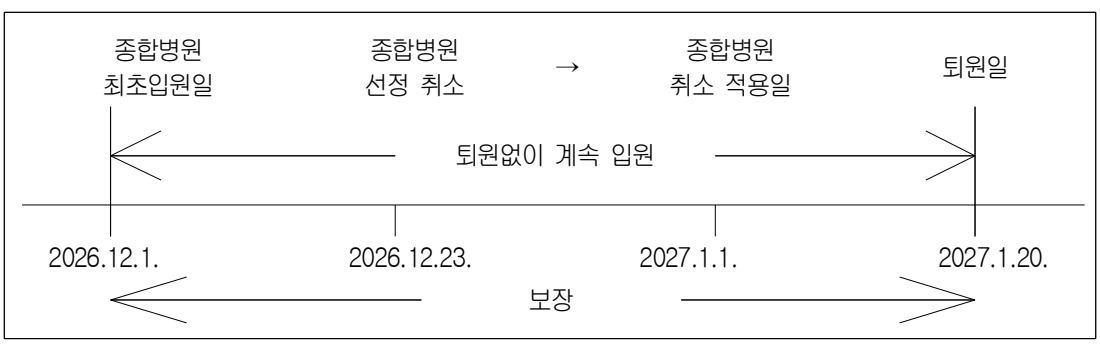
⑤ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료받던 중 「종합병원」에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 종합병원 질병입원비(1일-180일)를 지급합니다.

⑥ 피보험자가 「종합병원」에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「종합병원 이외의 병원」으로 이전하여 입원한 경우 해당 「종합병원」 퇴원일까지 종합병원 질병입원비(1일-180일)을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 종합병원 질병입원비(1일-180일)을 지급합니다.



⑧ 피보험자가 「종합병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 종합병원 질병입원비(1일-180일)를 지급합니다.



⑨ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 종합병원 질병입원비(1일-180일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 최초 입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우, 1년미만의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 100%를 지급합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환
5. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
6. 성병
7. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

76-2. 종합병원 질병입원비(1일-180일)II 특별약관

76-2-1. 종합병원 질병입원비(1일-180일)II 특별약관

76-2-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 종합병원 질병입원비(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 종합병원에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
종합병원 질병입원비 (1일-180일)	계약일로부터 1년미만 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(180일한도)
	계약일로부터 1년이후 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)

제2조(「용어」의 정의)

① 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 「종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

[의료법 제3조의3(종합병원)]

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100 병상 이상 300 병상 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. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.<개정 2010. 1. 18.>

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

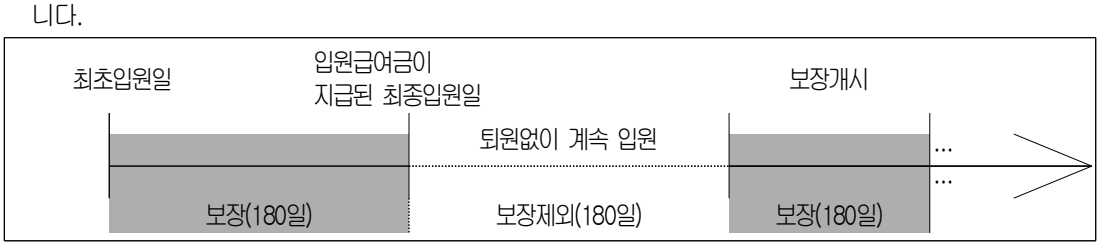
⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.<개정 2010. 1. 18.>

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 종합병원 질병입원비(1일-180일)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 종합병원 질병입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 다음과 같이 종합병원 질병입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 종합병원 질병입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



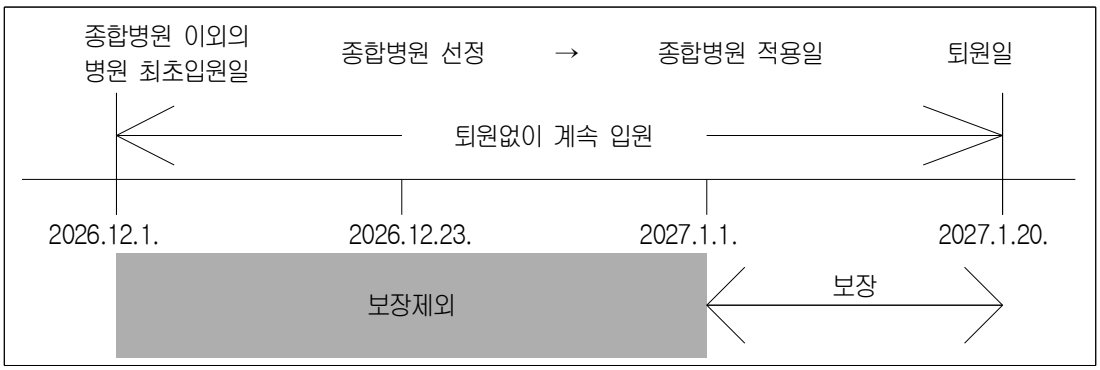
④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 종합병원 질병입원비(1일-180일)를 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료받던 중 「종합병원」에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 종합병원 질병입원비(1일-180일)를 지급합니다.

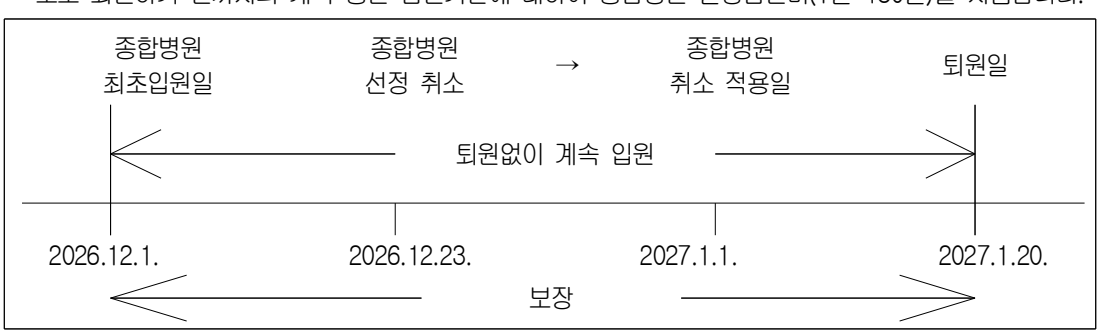
⑥ 피보험자가 「종합병원」에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「종합병원 이외의 병원」으로 이전하여 입원한 경우 해당 「종합병원」 퇴원일까지 종합병원 질병입원비(1일-180일)을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」에 지정된 경

우 종합병원 적용일부터 종합병원 질병입원비(1일-180일)을 지급합니다.



⑧ 피보험자가 「종합병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 종합병원 질병입원비(1일-180일)를 지급합니다.



⑨ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 종합병원 질병입원비(1일-180일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 최초 입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우, 1년미만의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 100%를 지급합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환
5. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
6. 성병
7. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별

약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

77-1. 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)(통합간편가입형) 특별약관

77-1-1. 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)(통합간편가입형) 특별약관

77-1-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원 질병입원비(1일-120일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 상급종합병원에 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
상급종합병원 질병입원비 (1일-120일)	계약일로부터 1년미만 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(120일한도)
	계약일로부터 1년이후 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(120일한도)

제2조(용어의 정의)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 「상급종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

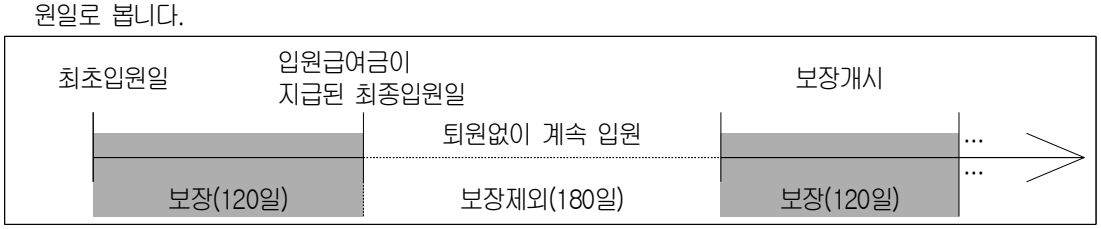
① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

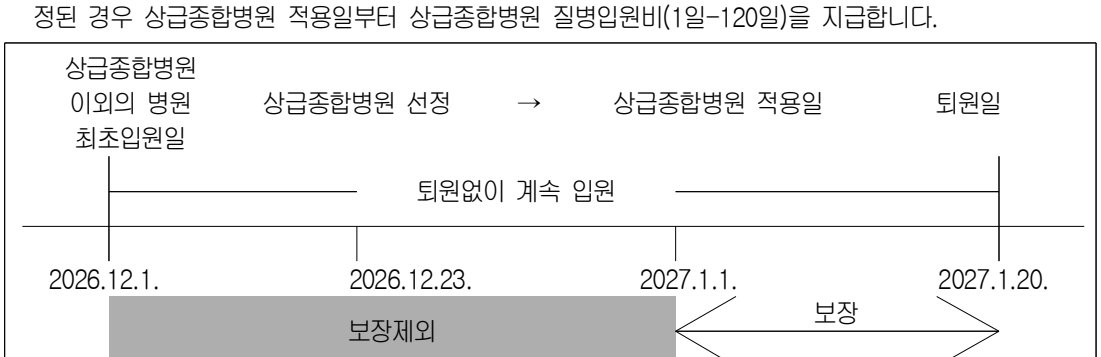
② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.<개정 2010. 1. 18.>
③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>
④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>
⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.<개정 2010. 1. 18.>

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

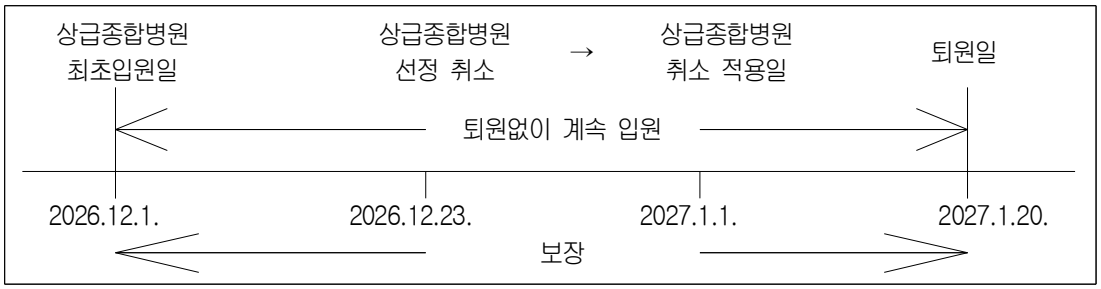
① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.
② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
③ 다음과 같이 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)를 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.
⑤ 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료받던 중 「상급종합병원」에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)를 지급합니다.
⑥ 피보험자가 「상급종합병원」에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「상급종합병원 이외의 병원」으로 이전하여 입원한 경우 해당 상급종합병원 퇴원일까지 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)을 지급합니다.
⑦ 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)을 지급합니다.



⑧ 피보험자가 「상급종합병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)을 지급합니다.



⑨ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 최초 입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우, 1년미만의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 100%를 지급합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환
5. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
6. 성병
7. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

77-2. 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)II 특별약관

77-2-1. 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)II 특별약관

77-2-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원 질병입원비(1일-120일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 상급종합병원에 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
상급종합병원 질병입원비 (1일-120일)	계약일로부터 1년미만 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(120일한도)
	계약일로부터 1년이후 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(120일한도)

제2조(용어의 정의)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 「상급종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.<개정 2010. 1. 18.>

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.<개정 2010. 1. 18.>

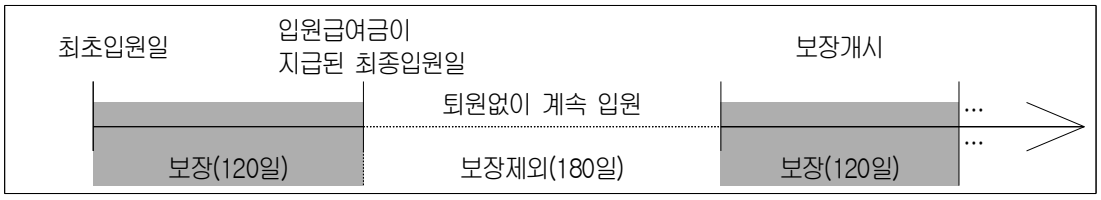
제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)의 지급일수는 1회 입원당 120일을

한도로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 다음과 같이 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

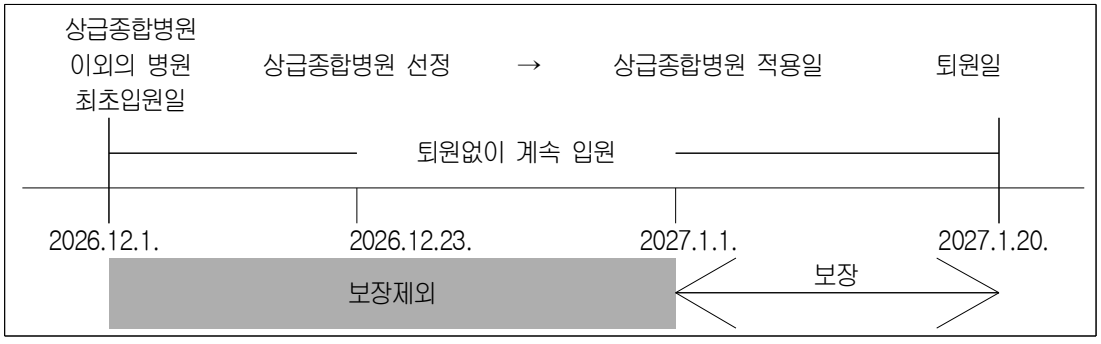


④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)를 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.

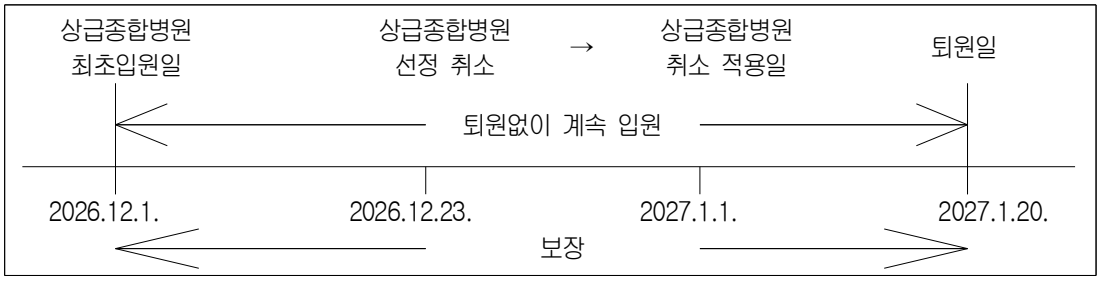
⑤ 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료받던 중 「상급종합병원」에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)를 지급합니다.

⑥ 피보험자가 「상급종합병원」에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「상급종합병원 이외의 병원」으로 이전하여 입원한 경우 해당 상급종합병원 퇴원일까지 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)을 지급합니다.



⑧ 피보험자가 「상급종합병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)을 지급합니다.



⑨ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 최초 입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우, 1년미만의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 100%를 지급합니다.
⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환
5. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
6. 성병
7. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

78. 3대질병 통원비(연간30회한) 특별약관

78-1. 3대질병 통원비(연간30회한)(통합간편가입형) 특별약관
78-2. 3대질병 통원비(연간30회한) 특별약관

78-1 및 78-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 암직접치료통원비(연간30회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「3대질병」의 정의 및 진단확정) 제2항의 「암관련질병」으로 진단이 확정되고, 그 「암관련질병」의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)에 통원하였을 때 “암 종류별로 각각” 통원 1회당 연간 30회한도로 아래의 금액을 지급
2. 뇌졸중통원비(연간30회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「3대질병」의 정의 및 진단확정) 제3항의 「뇌졸중」으로 진단이 확정되고, 그 「뇌졸중의 치료를 목적」으로 병원 또는 의원(한방병원 또

는 한의원을 포함)에 통원하였을 때 통원 1회당 연간 30회한도로 아래의 금액을 지급

3. 급성심근경색증통원비(연간30회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「3대질병」의 정의 및 진단확정) 제4항의 「급성심근경색증」으로 진단이 확정되고, 그 「급성심근경색증의 치료를 목적」으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)에 통원하였을 때 통원 1회당 연간 30회한도로 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
3대질병 통원비(연간30회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「3대질병」의 정의 및 진단확정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「3대질병」이라 함은 「암관련질병」, 「뇌졸중」, 「급성심근경색증」을 말합니다.

② 「암관련질병」의 정의 및 진단확정

1. 「암관련질병」이라 함은 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.
2. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
   다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
5. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.
6. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.
7. 제2호 내지 제6호의 「암관련질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암관련질병」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
8. 제7호에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암관련질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제7호에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

③「뇌졸중」의 정의 및 진단확정

1. 제1조(보험금의 지급사유) 제2호의 「뇌졸중」라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표17】 참조)에서 「뇌졸중」 해당하는 1. 거미막하출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착으로 분류되는 질병을 말합니다.
2. 제1호의 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 '가'와 '나'의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
   가. 보험기간 중 「뇌졸중」 으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
   나. 부검감정서상 사인이 「뇌졸중」 으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]

Single Photon Emission Computed Tomography. X선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용 하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

④「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정

1. 제1조(보험금의 지급사유) 제3호의 「급성심근경색증」이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표16】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 제1호의 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의

원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 '가'와 '나'의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(「암관련질병의 직접적인 치료」의 정의)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 암직접치료통원비(연간30회한)의「암관련질병의 직접적인 치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.

②「암관련질병의 직접적인 치료」에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③「암관련질병의 직접적인 치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암관련질병의 직접적인 치료」로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. 암의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. 암의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

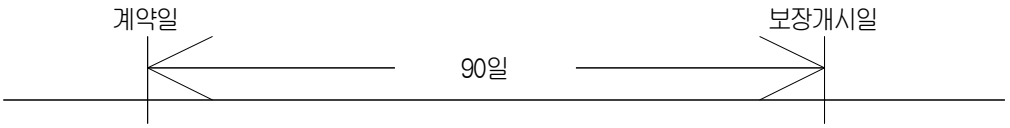
제4조(용어의 정의)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여「암관련질병」의 직접치료, 「뇌졸중」 및 「급성심근경색증」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 암직접치료통원비(연간30회한)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(단, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다)부터 보장이 개시됩니다.

< 암직접치료통원비(연간30회한)의 보장개시일 >
(단, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양은 제외)



② 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

③ 이 특별약관에서 "암 종류별로 각각"이라 함은 제2조(「3대질병」의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」 각각을 말합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 암직접치료통원비(연간30회한)는 "암종류별로 각각" 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간30회를 한도로 지급합니다.

[암 종류별로 각각 연간 30회한도]	[암 종류별로 각각 하루에 2회이상 통원시]
· 암 → 연간30회한도	· 암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도
· 갑상선암 → 연간30회한도	· 갑상선암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도
· 기타피부암 → 연간30회한도	· 기타피부암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도
· 제자리암 → 연간30회한도	· 제자리암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도
· 경계성종양 → 연간30회한도	· 경계성종양 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제2호의 뇌졸중통원비(연간30회한)는 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간30회를 한도로 지급합니다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제3호의 급성심근경색증통원비(연간30회한)는 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간30회를 한도로 지급합니다.

⑦ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 '암관련질병의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원'이란 의사에 의해 「암관련질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「암관련질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암관련질병」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암관련질병」의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
다만 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「암관련질병」으로 진단된 경우에는 이는 「암관련질병」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 「뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원」이란 의사에 의해 「뇌졸중」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「뇌졸중」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌졸중」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
다만 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「뇌졸중」으로 진단된 경우에는 이는 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

⑨ 제1조(보험금의 지급사유) 제3호에서 「급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 통원」이란 의사에 의해 「급성심근경색증」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「급성심근경색증」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「급성심근경색증」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
다만 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「급성심근경색증」으로 진단된 경우에는 이는 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담

합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(특별약관의 취소)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「3대질병」의 정의 및 진단확정) 제2항 제2호에서 정한 암으로 진단 확정되어 있는 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일이전에 특별약관을 취소할 수 있으며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약일부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」이 발생하였으나 계약자가 특별약관의 취소를 선택하지 않은 때에는 보험계약일부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 「암」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 「암」이 발생한 경우라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

79. 3대질병 종합병원 통원비(연간30회한) 특별약관

79-1. 3대질병 종합병원 통원비(연간30회한)(통합간편가입형) 특별약관
79-2. 3대질병 종합병원 통원비(연간30회한) 특별약관

79-1 및 79-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 암직접치료 종합병원통원비(연간30회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「3대질병」의 정의 및 진단확정) 제2항의 「암관련질병」으로 진단이 확정되고, 그 「암관련질병」의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원」에 통원하였을 때 "암 종류별로 각각" 통원 1회당 연간 30회한도로 아래의 금액을 지급
2. 뇌졸중 종합병원통원비(연간30회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「3대질병」의 정의 및 진단

확정) 제3항의 「뇌졸중」으로 진단이 확정되고, 그 「뇌졸중」의 치료를 목적 으로 「종합병원」에 통원하였을 때 통원 1회당 연간 30회한도로 아래의 금액을 지급

3. 급성심근경색증 종합병원통원비(연간30회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「3대질병」의 정의 및 진단확정) 제4항의 「급성심근경색증」으로 진단이 확정되고, 그 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 「종합병원」에 통원하였을 때 통원 1회당 연간 30회한도로 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
3대질병 종합병원통원비(연간30회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「3대질병」의 정의 및 진단확정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「3대질병」이라 함은 「암관련질병」, 「뇌졸중」, 「급성심근경색증」을 말합니다.

② 「암관련질병」의 정의 및 진단확정

1. 「암관련질병」이라 함은 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.
2. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
   다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

3. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
5. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.
6. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.
7. 「암관련질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.
   그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암관련질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

③ 「뇌졸중」의 정의 및 진단확정

1. 제1조(보험금의 지급사유) 제2호의 「뇌졸중」라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표17】 참조)에서 「뇌졸중」 해당하는 1. 거미막하출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착으로 분류되는 질병을 말합니다.
2. 제1호의 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 '가'와 '나'의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
   가. 보험기간 중 「뇌졸중」 으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
   나. 부검감정서상 사인이 「뇌졸중」 으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]

Single Photon Emission Computed Tomography. X선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용 하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

④「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정

1. 제1조(보험금의 지급사유) 제3호의 「급성심근경색증」이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표16】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 제1호의 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 '가'와 '나'의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
   가. 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기

록 또는 증거가 있는 경우
나. 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(「암관련질병의 직접적인 치료」의 정의)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 암직접치료 종합병원통원비(연간30회한)의「암관련질병의 직접적인 치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.

②「암관련질병의 직접적인 치료」에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③「암관련질병의 직접적인 치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암관련질병의 직접적인 치료」로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. 암의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. 암의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제4조(용어의 정의)

① 이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

[의료법 제3조의3(종합병원)]

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100 병상 이상 300 병상 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. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것

4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.<개정 2010. 1. 18.>

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

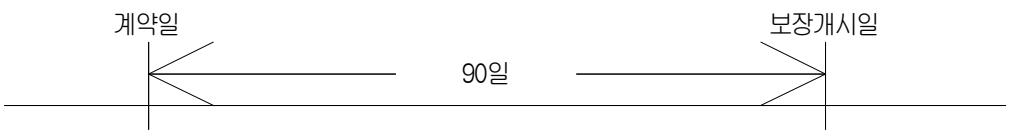
⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.<개정 2010. 1. 18.>

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 「암관련질병」의 직접치료, 「뇌졸중」 및 「급성심근경색증」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 「종합병원」에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 암직접치료 종합병원통원비(연간30회한)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(단, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다)부터 보장이 개시됩니다.

< 암직접치료 종합병원통원비(연간30회한)의 보장개시일 >
(단, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양은 제외)



② 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

③ 이 특별약관에서 "암 종류별로 각각"이라 함은 제2조(「3대질병」의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」 각각을 말합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 암직접치료 종합병원통원비(연간30회한)는 "암종류별로 각각" 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간30회를 한도로 지급합니다.

[암 종류별로 각각 연간 30회한도]	[암 종류별로 각각 하루에 2회이상 통원시]
· 암 → 연간30회한도	· 암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도
· 갑상선암 → 연간30회한도	· 갑상선암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도
· 기타피부암 → 연간30회한도	· 기타피부암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도
· 제자리암 → 연간30회한도	· 제자리암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도
· 경계성종양 → 연간30회한도	· 경계성종양 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제2호의 뇌졸중 종합병원통원비(연간30회한)는 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간30회를 한도로 지급합니다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제3호의 급성심근경색증 종합병원통원비(연간30회한)는 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간30회를 한도로 지급합니다.

⑦ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 '암관련질병의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원'이란 의사에 의해 「암관련질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「암관련질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암관련질병」을 통

원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암관련질병」의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
다만 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「암관련질병」으로 진단된 경우에는 이는 「암관련질병」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 「뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원」이란 의사에 의해 「뇌졸중」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「뇌졸중」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌졸중」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
다만 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「뇌졸중」으로 진단된 경우에는 이는 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

⑨ 제1조(보험금의 지급사유) 제3호에서 「급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 통원」이란 의사에 의해 「급성심근경색증」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「급성심근경색증」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「급성심근경색증」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
다만 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「급성심근경색증」으로 진단된 경우에는 이는 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

⑩ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 3대질병 종합병원통원비(연간30회한)를 지급합니다.

⑪ 피보험자가 「종합병원」에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」의 지정이 취소된 경우 「종합병원」의 지정이 취소되기 전날까지의 통원기간에 대하여 3대질병 종합병원통원비(연간30회한)를 지급합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(특별약관의 취소)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「3대질병」의 정의 및 진단확정) 제2항 제2호에서 정한 암으로 진단 확정되어 있는 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일이전에 특별약관을 취소할 수 있으며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약일부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」이 발생하였으나 계약자가 특별약관의 취소를 선택하지 않은 때에는 보험계약일부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 「암」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 「암」이 발생한 경우라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별

약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

80. 특정NGS유전자패널검사지원비(급여_연간1회한) 특별약관

80-1. 특정NGS유전자패널검사지원비(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관
80-2. 특정NGS유전자패널검사지원비(급여_연간1회한) 특별약관

80-1 및 80-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 특정NGS유전자패널검사지원비(급여_연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」의 정의 및 진단확정)의 「암」등으로 진단이 확정되고 그 「암(갑상선암, 기타피부암 포함)」의 치료를 위한 필요소견을 토대로 「특정NGS유전자패널검사(급여)」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
특정NGS유전자패널검사지원비(급여_연간1회한)	이 특별약관의 보험가입금액(연간1회한)

제2조(「암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암))이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2.「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3.「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「암」,「갑상선암」,「기타피부암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」,「갑상선암」 및 「기타피부암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「특정NGS유전자패널검사(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정NGS유전자패널검사(급여)」라 함은 「급여 특정NGS유전자패널검사 분류표」(【별표59】 참조)에 해당하는 의료행위로, 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하'의사'라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사로 진료비세부내역서 상 보건복지부에서 고시하는 "건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수"에서 정한 분류번호 및 코드 중 아래의 "진료행위코드"에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

[차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사]
차세대염기서열분석(NGS, Next Generation Sequencing)기반 유전자패널검사는 기존 단일 유전자 검사(Sanger sequencing)와 달리 한번에 수십에서 수백개의 유전자를 하나의 패널로 구성하여 유전자 분석을 하는 검사를 말합니다.

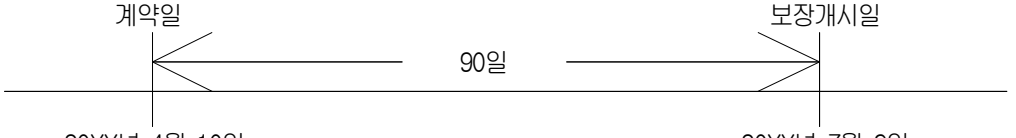
② 제1항의 「특정NGS유전자패널검사(급여)」는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 고시 제5조(선별급여 실시기관의 승인 및 관리) 및 별표3(실시조건)에 근거한 「차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사 실시 승인 기관」으로 지정된 기관에서 실시된 경우에 한합니다.

③ 제1항의 「특정NGS유전자패널검사(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하'요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하'의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 특정NGS유전자패널검사지원비(급여_연간1회한)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날부터 보장이 개시됩니다.

< 특정NGS유전자패널검사지원비(급여_연간1회한)의 보장개시일 >

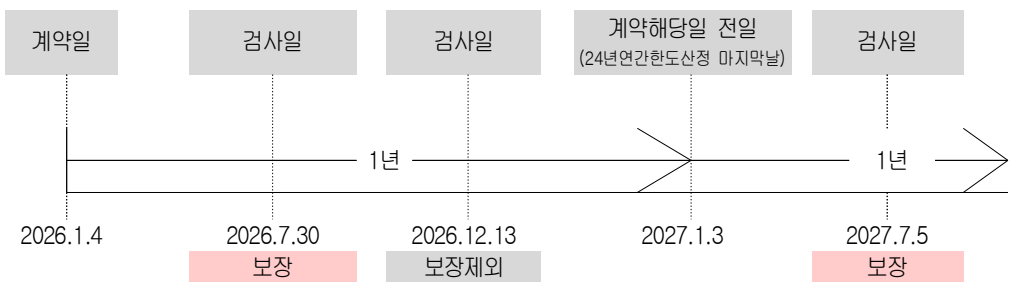


② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수

익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 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 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 「특정NGS유전자패널검사(급여)」 의료행위를 받은 날로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

【 연간1회한 보상예시 】



제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료비 계산서 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 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

81. 중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상보장 특별약관

81-1. 중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상보장(통합간편가입형) 특별약관
81-2. 중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상보장 특별약관
81-3. 중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상보장(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관
81-4. 중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상보장(갱신형_20년) 특별약관
81-5. 중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상보장(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관
81-6. 중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상보장(갱신형_10년) 특별약관

81-1, 81-2는 비갱신형으로 운영하며,
81-3, 81-4, 81-5, 81-6은 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 중증질환자(신규암(유사암 및 특정소액암제외)) 산정특례대상보장(감액없음) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 「중증질환자(신규암(유사암 및 특정소액암제외)) 산정특례 대상 질환」으로 진단확정되고, 이를 직접적인 원인으로 인하여 「중증질환자(신규암(유사암 및 특정소액암제외)) 산정특례 대상」으로 보험기간 중 「산정특례 신규등록」되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
중증질환자(신규암(유사암 및 특정소액암제외)) 산정특례대상보장(감액없음)	세부보장 보험가입금액

2. 중증질환자(신규암(특정소액암)) 산정특례대상보장 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 「중증질환자(신규암(특정소액암)) 산정특례 대상질환」으로 진단확정되고, 이를 직접적인 원인으로 인하여 「중증질환자(신규암(특정소액암)) 산정특례 대상」으로 보험기간 중 「산정특례 신규등록」되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
중증질환자 (신규암(특정소액암)) 산정특례대상보장	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액
	갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	세부보장 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

보 장
1) 중증질환자(신규암(유사암 및 특정소액암제외)) 산정특례대상(감액없음) 보장
2) 중증질환자(신규암(특정소액암)) 산정특례대상 보장

제2조(「중증질환자(신규암(유사암 및 특정소액암제외)) 산정특례 대상 질환」 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「중증질환자(신규암(유사암 및 특정소액암제외)) 산정특례 대상 질환」이라 함은 「중증질환자(암) 산정특례 대상질환 분류표」(【별표60-1】 참조)에서 정한 질병 중 제3항의 「유사암」 및 제4항의 「특정소액암」을 제외한 암을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「중증질환자(신규암(특정소액암)) 산정특례 대상질환」이라 함은 제4항에서 정한 「특정소액암」을 말합니다.

③ 이 특약에서「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

1. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「특정소액암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「특정소액암 분류표」(【별표65】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

⑤ 이 특약에서 '뇌·수막의 양성신생물'이라 함은 제1항의 중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상질병 중 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌·수막의 양성신생물 분류표」(【별표26】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 개정으로 산정특례적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

본인일부부담금 산정특례 제도

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담)제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 본인부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 본인부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

중증질환자(신규암) 등록신청 절차 및 적용기간

"중증질환자(신규암) 산정특례대상"에 해당하는 사람은 의사가 중증질환 암 으로 확진한 경우 "건강보험 산정특례 등록 신청서"를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.

⑦ 「중증질환자(신규암(유사암 및 특정소액암제외)) 산정특례 대상 질환」(「뇌·수막의 양성신생물」 제외), 「중증질환자(신규암(특정소액암)) 산정특례 대상질환」의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「중증질환자(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례 대상질환(「뇌·수막의 양성신생물」 제외)」, 「중증질환자(신규암(특정소액암)) 산정특례 대상질환」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「중증질환자(유사암 및 특정소액암제외) 산정특례

대상질환(「뇌·수막의 양성신생물」 제외)」, 「중증질환자(신규암(특정소액암)) 산정특례 대상질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

⑨ 「뇌·수막의 양성신생물」의 진단확정은 신경과의사 또는 신경외과의사 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

제3조(「산정특례 신규등록」의 정의)

① 이 특별약관에서 「산정특례 신규등록」이라 함은 보험기간 중에 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 「중증질환자(암) 산정특례대상 분류표」(【별표60-2】 참조)에서 정한 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「신규암」이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조에 의해 등록된 암을 말하며, 건강보험 산정특례 등록신청서 상에 「신규암」으로 표기된 경우를 말합니다.

③ 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조에 의한 산정특례 재등록은 보장에서 제외합니다.

중증질환자 암 산정특례 재등록

「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조(산정특례 재등록)

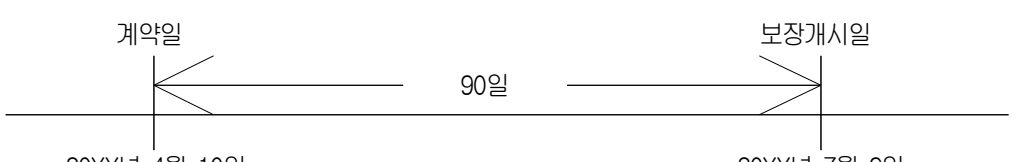
건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 암환자가 특례기간 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거, 소멸을 목적으로 수술, 방사선, 호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여중인 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 중증질환자(신규암(유사암 및 특정소액암제외))산정특례대상보장, 중증질환자(신규암(특정소액암))산정특례대상보장의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우
   - 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. 갱신형(갱신계약)의 경우
   - 이 특별약관의 갱신일

< 중증질환자(신규암(유사암 및 특정소액암제외))산정특례대상보장 및 중증질환자(신규암(특정소액암))산정특례대상보장 보장개시일>
(비갱신형 및 갱신형(최초계약)에 한함)



② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상보장보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(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 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당하는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 「중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례」와 관련된 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경 할 수 있습니다.

1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 「중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상」 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알려 드립니다.

④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을)금액이 발생할 수 있으며, 이를 계약 체결시 계약자에게 안내합니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑦ 제2항 내지 제6항에도 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
   산정특례 등록여부를 확인할수 있는 서류(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명 수가코드 등 기입), 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의

인감증명서, 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 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「중증질환자(신규암(유사암 및 특정소액암제외)) 산정특례 대상 질환」 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 「중증질환자(신규암(유사암 및 특정소액암제외)) 산정특례 대상 질환」으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 중증질환자(신규암(유사암 및 특정소액암제외)) 산정특례대상(감액없음) 보장은 무효로 하며, 이미 납입한 중증질환자(신규암(유사암 및 특정소액암제외)) 산정특례대상(감액없음) 보장의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

③ 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「중증질환자(신규암(유사암 및 특정소액암제외)) 산정특례 대상 질환」 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 「중증질환자(신규암(특정소액암)) 산정특례 대상질환」으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 중증질환자(신규암(특정소액암)) 산정특례대상 보장은 무효로 하며, 이미 납입한 중증질환자(신규암(특정소액암)) 산정특례대상 보장의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 중증질환자(신규암(유사암 및 특정소액암제외)) 보장, 중증질환자(특정소액암)) 보장의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다.

다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제10조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

81-3. 중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상보장(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 및 81-4. 중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상보장(갱신형_20년) 특별약관 및 81-5. 중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상보장(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관 및 81-6. 중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상보장(갱신형_10년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제11조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 「중증질환자(신규암(유사암 및 특정소액암제외)) 산정특례대상보장(감액없음)」, 「중증질환자(신규암(특정소액암)) 산정특례대상보장」에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며. 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 제1항에 따라 모든 보장이 소멸 된 경우, 즉 총2회 보험금을 지급받은 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

③ 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

82. 질병후유장해(3~100%) 특별약관

82-1. 질병후유장해(3~100%)(통합간편가입형) 특별약관
82-2. 질병후유장해(3~100%) 특별약관
82-3. 질병후유장해(3~100%)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관
82-4. 질병후유장해(3~100%)(갱신형_20년) 특별약관

82-1, 82-2는 비갱신형으로 운영하며,
82-3, 82-4는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 질병후유장해(3~100%)보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 「장해 분류표」(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 3%이상 100%이하에 해당하는 후유장해상태가 되었을 때에는 아래의 금액을 지급

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
질병후유장해 (3~100%) 보험금	비갱신형 및 갱신형(최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 「장해분류표」에서 정한 장해지급률 × 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 「장해분류표」에서 정한 장해지급률
	갱신형(갱신계약)	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액 × 「장해분류표」에서 정한 장해지급률

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 「장해분류표」에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내

③「장해분류표」에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의

장해정도에 따라 「장해분류표」의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

예시 : 질병후유장해(3~100%) 가입금액 100만원 ○ 동일한 부위에 다른 질병으로 다음과 같이 진단을 받은 경우(계약일로부터 1년이후 발생시) · 하나의 질병으로 30%후유장해 진단시 ⇒ 30%에 해당하는 보험금 지급 (30만원) · 또 다른 질병으로 인해 동일한 부위에 60%후유장해 진단시 ⇒ 60%후유장해에 해당하는 보험금과 30%후유장해에 해당하는 보험금의 차액 지급 (60만원 - 30만원 = 30만원)

⑦ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단 확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

82-3. 질병후유장해(3~100%)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 및 82-4. 질병후유장해(3~100%)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

83-1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅶ(치료별 연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관

83-1-1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅶ(치료별 연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관

83-1-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅶ(치료별 연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「순환계질환(특정질병제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」의 정의)에서 정한 「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」(수술, 혈전제거치료, 혈전용해치료,, 중환자실 치료)를 받은 경우에는 세부보장별 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅶ (치료별 연간1회한)	계약일로부터 90일 미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 10%
	계약일로부터 90일 이상 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

세부보장
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅶ_수술비(혈전제거제외)(연간1회한) 보장
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅶ_혈전제거치료비(연간1회한) 보장
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅶ_혈전용해치료비(연간1회한) 보장
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅶ_중환자실치료비(종합병원)(연간1회한) 보장

제2조(「순환계질환(특정질병제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「순환계질환(특정질병제외)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 분류표」(【별표84】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「특정질병」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「특정순환계질환Ⅱ 분류표」(【별표85】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 「순환계질환(특정질병제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 혈액검사(혈액 중 심장효소검사 등), 뇌척수액 검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「순환계질환(특정질병제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이「순환계질환(특정질병제외)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」의 정의)

이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」라 함은「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「수술」을 받은 경우
2.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전제거치료」를 받은 경우
3.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우
4.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「중환자실 치료」를 받은 경우

제4조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
8. 혈관 조영술, 중심정맥관 삽입술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「혈전제거치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전제거치료」라 함은 의사가 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

②「혈전제거술」이라 함은 “혈관으로부터 혈전을 제거하는 것”을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제6조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사가「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항의「혈전용해제」라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항의「혈전용해제」를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은「혈전용해치료」에서 제외됩니다.

제7조(「중환자실 치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「중환자실 치료」라 함은 의사에 의하여「순환계질환(특정질병제외)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에「순환계질환(특정질병제외)」으로 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

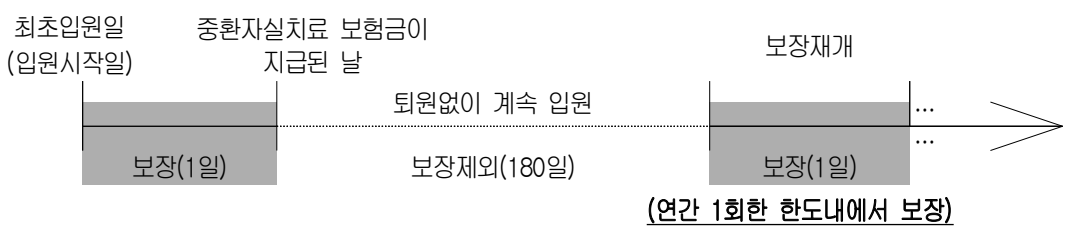
제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실 치료」는 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실 치료」는 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「순환계질환(특정질병제외)」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단된 경우에는 이는 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」에 대한 입원이라도 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다

[예시] 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



④ 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	-
2026.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2026.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2027.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑤ 피보험자가 종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 중환자실 치료 보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 종합병원 중환자실 치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제8조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 순환계질환(특정질병제외) 주요치료II를 받기 위해 치료일자 예약 후 제8조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다. 단, 순환계질환(특정질병제외) 주요치료II 중 중환자실 치료는 「선지급 보험금」지급대상에서 제외합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

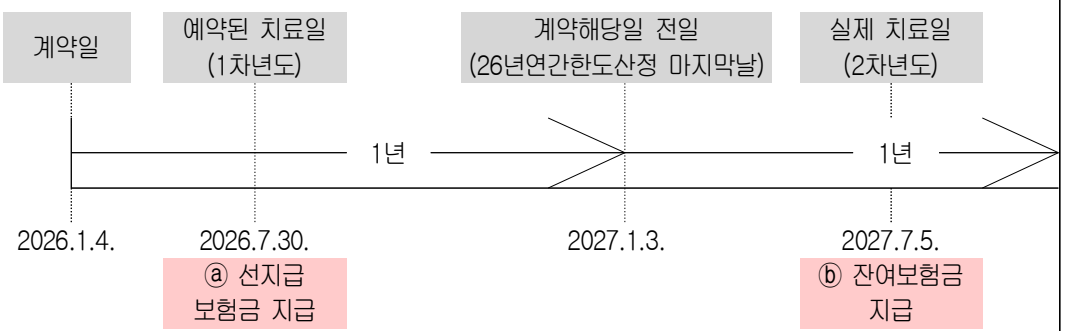
⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우

2. 제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시 】



ⓐ 선지급 보험금 : 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입
ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제8조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

83-2. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅶ(치료별 연간1회한) 특별약관

83-2-1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅶ(치료별 연간1회한) 특별약관

83-2-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅶ(치료별 연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「순환계질환(특정질병제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단확정되고 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」의 정의)에서 정한「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」(수술, 혈전제거치료, 혈전용해치료, 중환자실 치료)를 받은 경우에는 세부보장별 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅶ (치료별 연간1회한)	계약일로부터 90일 미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 10%
	계약일로부터 90일 이상 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

세부보장
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅶ_수술비(혈전제거제외)(연간1회한) 보장
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅶ_혈전제거치료비(연간1회한) 보장
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅶ_혈전용해치료비(연간1회한) 보장
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅶ_중환자실치료비(종합병원)(연간1회한) 보장

제2조(「순환계질환(특정질병제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 분류표」(【별표84】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서「특정질병」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서「특정순환계질환Ⅱ 분류표」(【별표85】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③「순환계질환(특정질병제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 혈액검사(혈액 중 심장효소검사 등), 뇌척수액 검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가「순환계질환(특정질병제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이「순환계질환(특정질병제외)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」의 정의)

이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」라 함은「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「수술」을 받은 경우
2.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전제거치료」를 받은 경우
3.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우
4.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「중환자실 치료」를 받은 경우

제4조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)

4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
8. 혈관 조영술, 중심정맥관 삽입술

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「혈전제거치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전제거치료」라 함은 의사가 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.
② 「혈전제거술」이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제6조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사가「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
② 제1항의「혈전용해제」라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.
③ 제2항의「혈전용해제」를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은「혈전용해치료」에서 제외됩니다.

제7조(「중환자실 치료」의 정의)

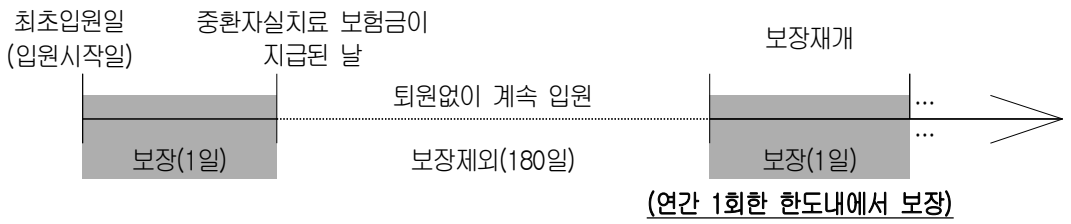
① 이 특별약관에서「중환자실 치료」라 함은 의사에 의하여「순환계질환(특정질병제외)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에「순환계질환(특정질병제외)」으로 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.
② 제1항의 중환자실이라 함은「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실 치료」는 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.
② 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실 치료」는 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「순환계질환(특정질병제외)」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단된 경우에는 이는 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」에 대한 입원이라도 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시] 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



④ 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	-
2026.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2026.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2027.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑤ 피보험자가 종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 종합병원 중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제8조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단 확정되고 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ를 받기 위해 치료일자 예약 후 제8조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구

하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다. 단, 순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ 중 중환자실 치료는 「선지급 보험금」지급대상에서 제외합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

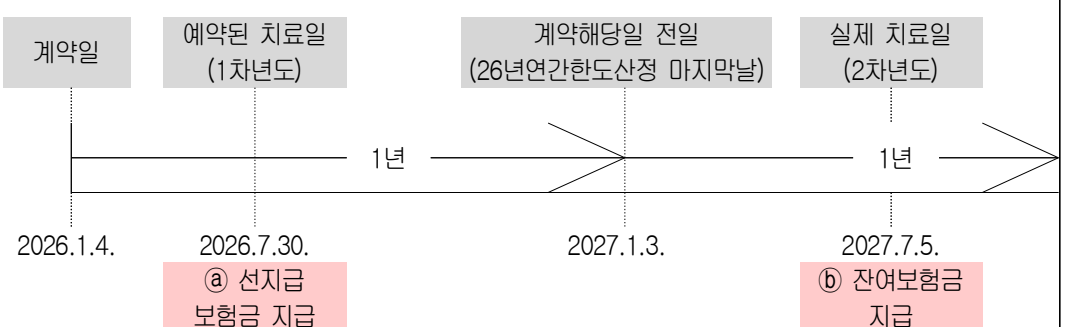
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시 】



ⓐ 선지급 보험금 : 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입
ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항

목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제8조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

84-1. 간병인사용 질병입원비(상급종합병원)(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관

84-1-1. 간병인사용 질병입원비(상급종합병원)(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관

84-1-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 질병입원비(상급종합병원)(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 상급종합병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.
   다만, 간병인사용 질병입원비(상급종합병원)(1일-180일)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 기 준	경과기간	지 급 금 액
간병인사용 질병입원비 (상급종합병원) (1일-180일)	간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	계약일로부터 1년미만 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 25%(180일한도)
		계약일로부터 1년이후 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(180일한도)
	간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	계약일로부터 1년미만 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(180일한도)
		계약일로부터 1년이후 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)

※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.

※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정)에서 정한 「상급종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제3조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 질병입원비(상급종합병원)(1일-180일)」에서 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 이때, 간병인 사용

일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다.

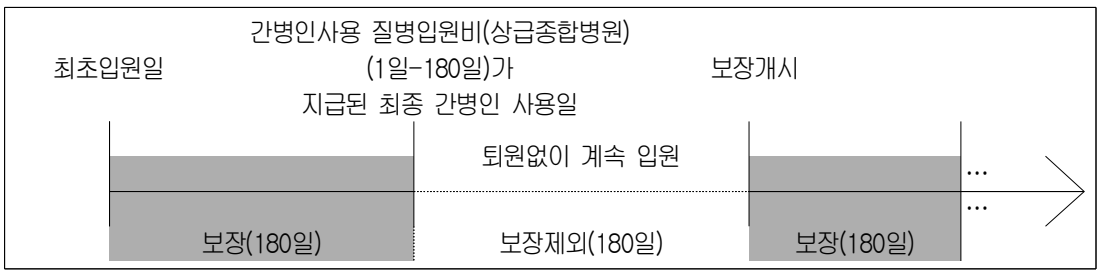
<간병인사용 질병입원비(상급종합병원)(1일-180일) 계산예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 202X년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원
· 입원기간 및 간병인 사용일 예시
  - 입원기간 : 202X년 4월 1일 ~ 202X년 4월 30일
  - 간병인 사용일 및 사용금액
    · 202X년 4월 10일 ~ 4월 17일 사용 : 총 사용일수 8일, 총사용금액 88만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당.
      → 2만원 × 8일 = 16만원 지급
    · 202X년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 사용
      : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당
      → 1만원 × 8일 = 8만원 지급
· 간병인사용 질병입원비(상급종합병원)(1일-180일) 지급금액
  : 간병인 사용일수 16일, 보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 더하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인사용 질병입원비(상급종합병원)(1일-180일)」가 지급된 최종 입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

④ 다음과 같이 간병인사용 질병입원비(상급종합병원)(1일-180일)가 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용 질병입원비(상급종합병원)(1일-180일)가 지급된 최종 간병인 사용일의 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다. 단, 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다.

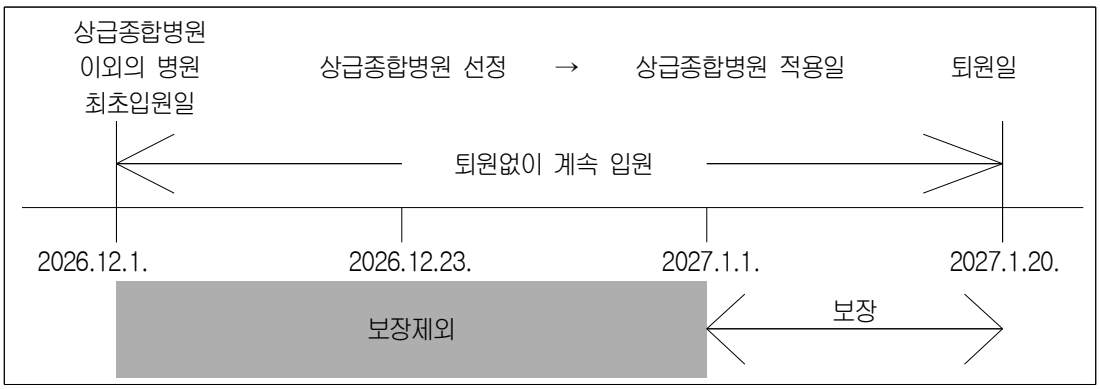
⑥ 최초 입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우 1일당 지급금액은 1년미만의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년미만 발생시 지급금액을 적용하며, 1년이후의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년이후 발생시 지급금액을 적용합니다.

⑦ 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료받던 중 「상급종합병원」에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 간병인사용 질병입원비(상급종합병원)(1일-180일)를 지급합니다.

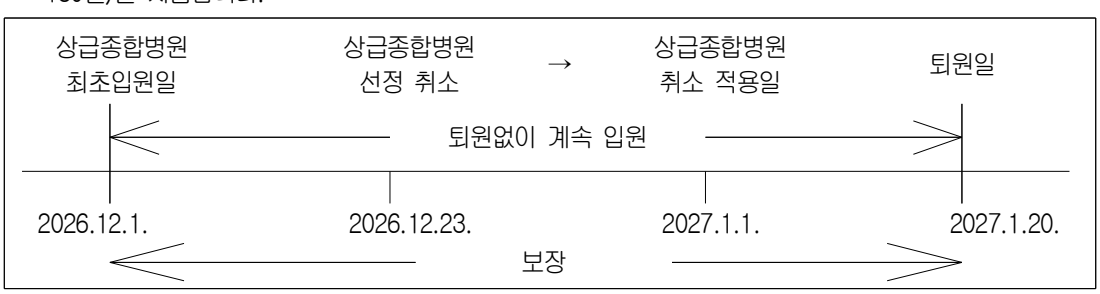
⑧ 피보험자가 「상급종합병원」에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「상급종합병원 이외의 병원」으로 이전하여 입원한 경우 해당 「상급종합병원」 퇴원일까지 간병인사용 질병입원비(상급종합병원)(1일-180일)를 지급합니다.

⑨ 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지

정된 경우 상급종합병원 적용일부터 간병인사용 질병입원비(상급종합병원)(1일-180일)를 지급합니다.



⑩ 피보험자가 「상급종합병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 간병인사용 질병입원비(상급종합병원)(1일-180일)를 지급합니다.



⑪ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 질병입원비(상급종합병원)(1일-180일)는 지급하지 않습니다.

제6조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 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.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

84-2. 간병인사용 질병입원비Ⅱ(상급종합병원)(1일-180일) 특별약관

84-2-1. 간병인사용 질병입원비Ⅱ(상급종합병원)(1일-180일) 특별약관

178-2-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 질병입원비Ⅱ(상급종합병원)(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 상급종합병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.
   다만, 간병인사용 질병입원비Ⅱ(상급종합병원)(1일-180일)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 기 준	경과기간	지 급 금 액
간병인사용 질병입원비Ⅱ (상급종합병원) (1일-180일)	간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	계약일로부터 1년미만 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 25%(180일한도)
		계약일로부터 1년이후 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(180일한도)
	간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	계약일로부터 1년미만 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(180일한도)
		계약일로부터 1년이후 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)

※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.

※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정)에서 정한 「상급종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제3조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법

제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

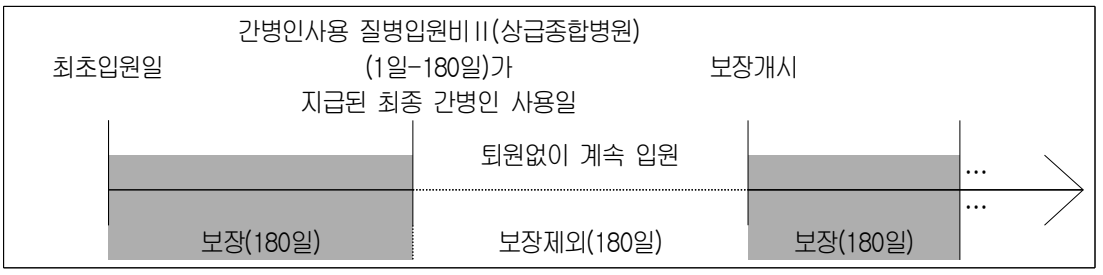
① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 질병입원비Ⅱ(상급종합병원)(1일-180일)」에서 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 이때, 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다.

<간병인사용 질병입원비Ⅱ(상급종합병원)(1일-180일) 계산예시>
· 보험계약일(보장개시일) : 202X년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원 · 입원기간 및 간병인 사용일 예시 - 입원기간 : 202X년 4월 1일 ~ 202X년 4월 30일 - 간병인 사용일 및 사용금액 · 202X년 4월 10일 ~ 4월 17일 사용 : 총 사용일수 8일, 총사용금액 88만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당. → 2만원 × 8일 = 16만원 지급 · 202X년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 사용 : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당 → 1만원 × 8일 = 8만원 지급 · 간병인사용 질병입원비Ⅱ(상급종합병원)(1일-180일) 지급금액 : 간병인 사용일수 16일, 보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 더하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인사용 질병입원비Ⅱ(상급종합병원)(1일-180일)」가 지급된 최종 입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

④ 다음과 같이 간병인사용 질병입원비Ⅱ(상급종합병원)(1일-180일)가 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용 질병입원비Ⅱ(상급종합병원)(1일-180일)가 지급된 최종 간병인 사용일의 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이

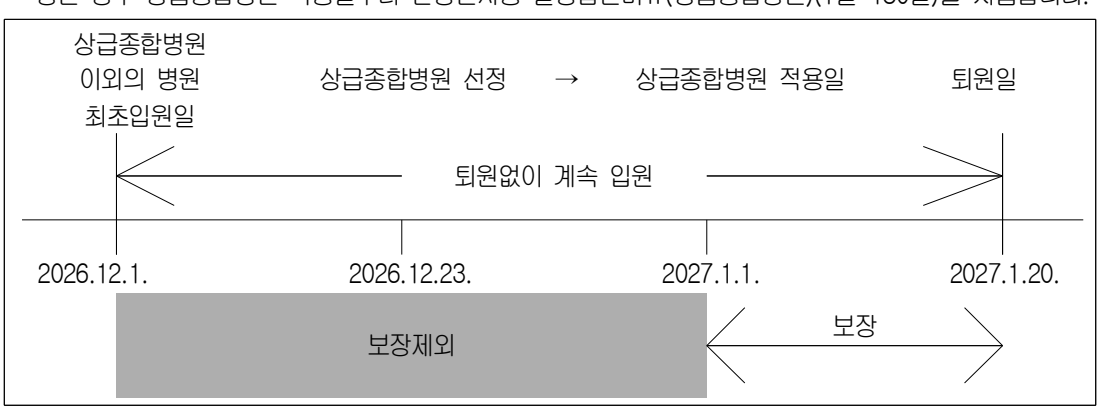
끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다. 단, 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다.

⑥ 최초 입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우 1일당 지급금액은 1년미만의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년미만 발생시 지급금액을 적용하며, 1년이후의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년이후 발생시 지급금액을 적용합니다.

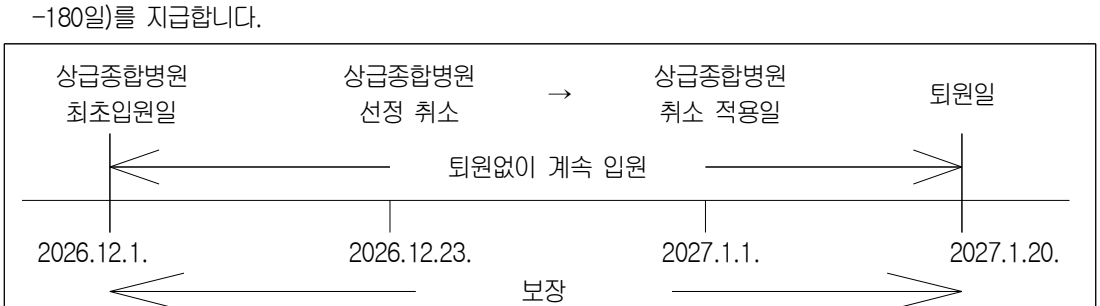
⑦ 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료받던 중 「상급종합병원」에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 간병인사용 질병입원비Ⅱ(상급종합병원)(1일-180일)를 지급합니다.

⑧ 피보험자가 「상급종합병원」에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「상급종합병원 이외의 병원」으로 이전하여 입원한 경우 해당 「상급종합병원」 퇴원일까지 간병인사용 질병입원비Ⅱ(상급종합병원)(1일-180일)를 지급합니다.

⑨ 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 간병인사용 질병입원비Ⅱ(상급종합병원)(1일-180일)를 지급합니다.



⑩ 피보험자가 「상급종합병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 간병인사용 질병입원비Ⅱ(상급종합병원)(1일-180일)를 지급합니다.



⑪ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없

는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 질병입원비Ⅱ(상급종합병원)(1일-180일)는 지급하지 않습니다.

제6조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 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.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서

정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

85-1. 질병통합치료비(실속형/기본형/고급형)(통합간편가입형) 특별약관

85-1-1. 질병통합치료비(실속형/기본형/고급형)(통합간편가입형) 특별약관

85-1-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 질병의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 「질병통합치료(검사)」를 받은 경우 각 지급횟수에 한하여 아래의 통합치료항목별 지급금액을 질병통합치료비로 지급합니다.
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「질병통합치료(수술)」에서 정한 수술을 받은 경우 각 지급횟수에 한하여 아래의 통합치료항목별 지급금액을 질병통합치료비로 지급합니다.
3. 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「질병통합치료(주요치료)」및 「질병통합치료(중증치료)」에 해당하는 치료를 받은 경우 각 지급횟수에 한하여 아래의 통합치료항목별 지급금액을 질병통합치료비로 지급합니다.

가. 실속형 <보험가입금액 300만원>

통합치료항목		지급횟수	지급금액	
			계약일부터 1년미만 발생시	계약일부터 1년이후 발생시
질병통합치료(검사)	질병MRI검사(급여)	연간1회한	2.5만원	5만원
	질병CT검사(급여)	연간1회한	2.5만원	5만원
	질병양전자단층촬영(PET)(급여)	연간1회한	2.5만원	5만원
질병통합치료(수술)	질병1~5종수술(1종)	수술1회당	2.5만원	5만원
	질병1~5종수술(2종)	수술1회당	5만원	10만원
	질병1~5종수술(3종)	수술1회당	15만원	30만원
	질병1~5종수술(4종)	수술1회당	100만원	200만원
	질병1~5종수술(5종)	수술1회당	150만원	300만원
질병통합치료(주요치료)	질병특정치료 (흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)	연간1회한	2.5만원	5만원
	질병특정치료(신경차단술)(급여)	연간1회한	2.5만원	5만원
	질병특정치료(도수정복술)(급여)	연간1회한	2.5만원	5만원
	질병창상봉합술치료(급여)	연간3회한	2.5만원	5만원

질병통합치료(중증치료)	질병저체온요법치료(급여)	연간1회한	25만원	50만원
	질병인공호흡기치료 (12시간초과)(급여)	연간1회한	50만원	100만원
	종합병원 질병전신마취치료 (6시간이상)(급여)	연간1회한	150만원	300만원

나. 기본형 <보험가입금액 500만원>

통합치료항목		지급횟수	지급금액	
			계약일부터 1년미만 발생시	계약일부터 1년이후 발생시
질병통합치료(검사)	질병MRI검사(급여)	연간1회한	2.5만원	5만원
	질병CT검사(급여)	연간1회한	2.5만원	5만원
	질병양전자단층촬영(PET)(급여)	연간1회한	2.5만원	5만원
질병통합치료(수술)	질병1~5종수술(1종)	수술1회당	5만원	10만원
	질병1~5종수술(2종)	수술1회당	10만원	20만원
	질병1~5종수술(3종)	수술1회당	25만원	50만원
	질병1~5종수술(4종)	수술1회당	150만원	300만원
	질병1~5종수술(5종)	수술1회당	250만원	500만원
질병통합치료(주요치료)	질병특정치료 (흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)	연간1회한	2.5만원	5만원
	질병특정치료(신경차단술)(급여)	연간1회한	2.5만원	5만원
	질병특정치료(도수정복술)(급여)	연간1회한	2.5만원	5만원
	질병창상봉합술치료(급여)	연간3회한	2.5만원	5만원
질병통합치료(중증치료)	질병저체온요법치료(급여)	연간1회한	37.5만원	75만원
	질병인공호흡기치료 (12시간초과)(급여)	연간1회한	75만원	150만원
	종합병원 질병전신마취치료 (6시간이상)(급여)	연간1회한	200만원	400만원

다. 고급형 <보험가입금액 700만원>

통합치료항목		지급횟수	지급금액	
			계약일부터 1년미만 발생시	계약일부터 1년이후 발생시
질병통합치료(검사)	질병MRI검사(급여)	연간1회한	2.5만원	5만원
	질병CT검사(급여)	연간1회한	2.5만원	5만원
	질병양전자단층촬영(PET)(급여)	연간1회한	2.5만원	5만원
질병통합치료(수술)	질병1~5종수술(1종)	수술1회당	10만원	20만원
	질병1~5종수술(2종)	수술1회당	15만원	30만원
	질병1~5종수술(3종)	수술1회당	50만원	100만원
	질병1~5종수술(4종)	수술1회당	250만원	500만원
	질병1~5종수술(5종)	수술1회당	350만원	700만원

질병통합치료(주요치료)	질병특정치료 (흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)	연간1회한	5만원	10만원
	질병특정치료(신경차단술)(급여)	연간1회한	5만원	10만원
	질병특정치료(도수정복술)(급여)	연간1회한	5만원	10만원
	질병창상봉합술치료(급여)	연간3회한	5만원	10만원
질병통합치료(중증치료)	질병저체온요법치료(급여)	연간1회한	50만원	100만원
	질병인공호흡기치료 (12시간초과)(급여)	연간1회한	100만원	200만원
	종합병원 질병전신마취치료 (6시간이상)(급여)	연간1회한	250만원	500만원

제2조(「질병통합치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「질병통합치료」라 함은 「질병통합치료(검사)」, 「질병통합치료(수술)」, 「질병통합치료(주요치료)」, 「질병통합치료(중증치료)」 및 「질병통합치료(재활치료)」를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「질병통합치료(검사)」라 함은 질병의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

통 합 치 료 항 목	
질병통합치료(검사)	질병MRI검사(급여)
	질병CT검사(급여)
	질병양전자단층촬영(PET)(급여)

1. 제3조(「MRI검사(급여)」의 정의)에서 정한 「MRI검사(급여)」를 받은 경우.
2. 제4조(「CT검사(급여)」의 정의)에서 정한 「CT검사(급여)」를 받은 경우.
3. 제5조(「양전자 단층촬영(PET) 검사(급여)」의 정의)에서 정한 「양전자 단층촬영(PET) 검사(급여)」를 받은 경우.

③ 이 특별약관에서 「질병통합치료(수술)」라 함은 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「1~5종 수술분류표 Ⅳ」(【별표34】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우를 말합니다.

통 합 치 료 항 목	
질병통합치료(수술)	질병1~5종수술(1종)
	질병1~5종수술(2종)
	질병1~5종수술(3종)
	질병1~5종수술(4종)
	질병1~5종수술(5종)

④ 이 특별약관에서 「질병통합치료(주요치료)」라 함은 질병의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 각 호의 사항을 말합니다.

통 합 치 료 항 목	
질병통합치료(주요치료)	질병특정치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)
	질병특정치료(신경차단술)(급여)
	질병특정치료(도수정복술)(급여)
	질병창상봉합술치료(급여)

1. 제7조(「질병특정치료(급여)」의 정의)에서 정한 「질병특정치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)」를 받은 경우.
2. 제7조(「질병특정치료(급여)」의 정의)에서 정한 「질병특정치료(신경차단술)(급여)」를 받은 경우.
3. 제7조(「질병특정치료(급여)」의 정의)에서 정한 「질병특정치료(도수정복술)(급여)」를 받은 경우.
4. 제8조(「창상봉합술치료(급여)」의 정의)에서 정한 「창상봉합술치료(급여)」를 받은 경우.

⑤ 이 특별약관에서 「질병통합치료(중증치료)」라 함은 질병의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 각 호의 사항을 말합니다.

통 합 치 료 항 목	
질병통합치료(중증치료)	질병저체온요법치료(급여)
	질병인공호흡기치료(12시간초과)(급여)
	종합병원 질병전신마취치료(6시간이상)(급여)

1. 제9조(「저체온요법치료(급여)」의 정의)에서 정한 「저체온요법치료(급여)」를 받은 경우.
2. 제10조(「인공호흡기치료(12시간초과)(급여)」의 정의)에서 정한 「인공호흡기치료(12시간초과)(급여)」를 받은 경우.
3. 제11조(「종합병원 질병전신마취치료(6시간이상)(급여)」의 정의)에서 정한 「종합병원 질병전신마취치료(6시간이상)(급여)」를 받은 경우.

제3조(「MRI검사(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「MRI검사(급여)」라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「급여촬영 분류표」(【별표90】 참조)에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 「MRI검사(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

③ 제2항에도 불구하고 요양급여 일부 본인부담 대상 기준에 해당되지 않아 요양급여 전액본인부담으로 산정된 경우에는 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로 보지 않습니다.

제4조(「CT검사(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「CT검사(급여)」라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「CT검사(급여) 분류표」(【별표91】 참조)에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 「CT검사(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

③ 제2항에도 불구하고 요양급여 일부 본인부담 대상 기준에 해당되지 않아 요양급여 전액본인부담으로 산정된 경우에는 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로 보지 않습니다.

제5조(「양전자 단층촬영(PET) 검사(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「양전자 단층촬영(PET) 검사(급여)」라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 양전자단층촬영(PET)을 사용하는 촬영 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 「양전자 단층촬영(PET) 검사(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

양전자방출단층촬영(PET)
양전자를 방출하는 방사선 의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법

③ 제2항에도 불구하고 요양급여 일부 본인부담 대상 기준에 해당되지 않아 요양급여 전액본인부담으로 산정된 경우에는 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로 보지 않습니다.

④ 제1항의 「양전자 단층촬영(PET) 검사(급여)」는 「양전자 단층촬영(PET) 검사(급여) 분류표」(【별표98】 참조)에 해당하는 의료행위를 말합니다.

제6조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

⑤ 제1항 내지 제4항에도 불구하고 「1~5종 수술분류표Ⅳ」(【별표34】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

제7조(「질병특정치료(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「질병특정치료(급여)」라 함은 「질병특정치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)」, 「질병특정치료(신경차단술)(급여) 및 「질병특정치료(도수정복술)(급여)」를 총칭합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「질병특정치료(급여)」라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「질병특정치료(급여) 분류표」(【별표99】 참조)에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

③ 제1항의 「질병특정치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

제8조(「창상봉합술치료(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「창상봉합술치료(급여)」라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「급여 창상봉합술 분류표」(【별표57】 참조)에 해당하는 의료행위를 말하며 해당 의료행위의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원('입원'을 포함합니다)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

② 제1항의 「창상봉합술치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

제9조(「저체온요법치료(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「저체온요법치료(급여)」라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「저체온요법치료(급여) 분류표」(【별표96】 참조)에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 「저체온요법치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

제10조(「인공호흡기치료(12시간초과)(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「인공호흡기치료(12시간초과)(급여)」라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「인공호흡기치료(12시간초과)(급여) 분류표」(【별표97】 참조)에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 「인공호흡기치료(12시간초과)(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

제11조(「종합병원 질병전신마취치료(6시간이상)(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서 「종합병원 질병전신마취치료(6시간이상)(급여)」라 함은 질병의 직접적인 치료를 목적으로 제12조에서 정한 「종합병원」에서 「전신마취치료(급여)」를 6시간 이상 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 「전신마취치료(급여)」라 함은 의사의 관리 하에 약물 등을 사용하여 전신을 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키기 위해 아래의 「전신마취 의료행위 분류표」(【별표79】 참조)에서 정한 의료행위를 하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「전신마취치료(급여)」는 「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 마취방법은 제외하며, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원 중 치과병원, 한방병원, 요양병원 및 의원급 의료기관에서의 전신마취는 제외합니다.

④ 제2항 내지 제3항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '전신마취 의료행위'에 준하여 보장 여부를 결정합니다.

⑤ 제2항 내지 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제2항에서 정한 「전신마취치료(급여)」 외에 「전신마취치료(급여)」에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[마취관리기본 및 마취유지 수가코드에 의한 마취시간 계산 예시]

① L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 30회의 경우
: 60분 × 1회 + 15분 × 30회 = 510분
→ 마취시간 6시간 이상에 해당

② L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 10회의 경우
: 60분 × 1회 + 15분 × 10회 = 210분
→ 마취시간 6시간 이상에 해당되지 않음

주1) 마취유지 : 1시간을 초과하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매 15분 증가할 때마다 산정

제12조(「종합병원」의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3

조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

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.

제13조(「입원」 및 「통원」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「질병」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여「질병」의 치료가 필요하다고 인정된 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.

제14조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

② 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병MRI검사(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병MRI검사(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.

③ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병CT검사(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병CT검사(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.

④ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병양전자단층촬영(PET)검사(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병양전자단층(PET)검사(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.

⑤「질병1~5종수술」의 경우 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술보험금을 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다. 단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술보험금을 지급합니다.

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.

⑥ 제5항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다

리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

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.

⑦ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "질병특정치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)"를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병특정치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.
⑧ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "질병특정치료(신경차단술)(급여)"를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병특정치료(신경차단술)(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.
⑨ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "질병특정치료(도수정복술)(급여)"를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병특정치료(도수정복술)(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.
⑩ "질병창상봉합술치료(급여)"의 경우 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원('입원'을 포함합니다)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.
⑪ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "질병저체온요법치료(급여)"를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병저체온요법치료(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.
⑫ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "질병인공호흡기치료(12시간초과)(급여)"를 받은 경우에도 통합치료항목 중 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.
⑬ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 "종합병원 질병전신마취치료(6시간이상)(급여)"를 받은 경우에도 통합치료항목 중 종합병원 질병전신마취치료(6시간이상)(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.
⑭ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제15조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 통합치료항목 중 "질병1~5종수술"를 제외한 통합치료항목의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
② 통합치료항목 중 "질병1~5종수술"의 경우 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

③ 통합치료항목 중 "질병1~5종수술"의 경우 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병 1~5종수술비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

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) 수술
6. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

④ 제1항 이외에도 통합치료항목 중 "질병1~5종수술"의 경우 회사는 아래 목적의 치료를 위한 수술에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산.
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제16조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 그 외 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
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 제1항에도 불구하고 다음의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.

1. 통합치료항목 중 "질병MRI검사(급여)", "질병CT검사(급여)", "질병양전자단층촬영(PET)(급여)", "질병특정치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)", "질병특정치료(신경차단술)(급여)", "질병특정치료(도수정복술)(급여)", "질병창상봉합술치료(급여)", "질병저체온요법치료(급여)", "질병인공호흡기치료(12시간초과)(급여)"의 경우 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 급여수가코드(EDI)」 필수 기

재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다)

2. 통합치료항목 중 "종합병원 질병전신마취치료(6시간이상)(급여)"의 경우 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 급여수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(전신마취 종류와 마취시간, 수술내용을 확인할 수 있는 마취기록지 및 수술기록지 등), 수술확인서 등)

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 제1항 제2호 및 제 2항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제17조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제18조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

85-2. 질병통합치료비(실속형/기본형/고급형) 특별약관

85-2-1. 질병통합치료비(실속형/기본형/고급형) 특별약관

85-2-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 질병의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 「질병통합치료(검사)」를 받은 경우 각 지급횟수에 한하여 아래의 통합치료항목별 지급금액을 질병통합치료비로 지급합니다.
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「질병통합치료(수술)」에서 정한 수술을 받은 경우 각 지급횟수에 한하여 아래의 통합치료항목별 지급금액을 질병통합치료비로 지급합니다.
3. 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「질병통합치료(주요치료)」 및 「질병통합치료(중증치료)」에 해당하는 치료를 받은 경우 각 지급횟수에 한하여 아래의 통합치료항목별 지급금액을 질병통합치료비로 지급합니다.

가. 실속형 <보험가입금액 300만원>

통합치료항목	지급횟수	지급금액	
		계약일부터 1년미만 발생시	계약일부터 1년이후 발생시

질병통합치료(검사)	질병MRI검사(급여)	연간1회한	2.5만원	5만원
	질병CT검사(급여)	연간1회한	2.5만원	5만원
	질병양전자단층촬영(PET)(급여)	연간1회한	2.5만원	5만원
질병통합치료(수술)	질병1~5종수술(1종)	수술1회당	2.5만원	5만원
	질병1~5종수술(2종)	수술1회당	5만원	10만원
	질병1~5종수술(3종)	수술1회당	15만원	30만원
	질병1~5종수술(4종)	수술1회당	100만원	200만원
	질병1~5종수술(5종)	수술1회당	150만원	300만원
질병통합치료(주요치료)	질병특정치료 (흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)	연간1회한	2.5만원	5만원
	질병특정치료(신경차단술)(급여)	연간1회한	2.5만원	5만원
	질병특정치료(도수정복술)(급여)	연간1회한	2.5만원	5만원
	질병창상봉합술치료(급여)	연간3회한	2.5만원	5만원
질병통합치료(중증치료)	질병저체온요법치료(급여)	연간1회한	25만원	50만원
	질병인공호흡기치료 (12시간초과)(급여)	연간1회한	50만원	100만원
	종합병원 질병전신마취치료 (6시간이상)(급여)	연간1회한	150만원	300만원

나. 기본형 <보험가입금액 500만원>

통합치료항목		지급횟수	지급금액	
			계약일부터 1년미만 발생시	계약일부터 1년이후 발생시
질병통합치료(검사)	질병MRI검사(급여)	연간1회한	2.5만원	5만원
	질병CT검사(급여)	연간1회한	2.5만원	5만원
	질병양전자단층촬영(PET)(급여)	연간1회한	2.5만원	5만원
질병통합치료(수술)	질병1~5종수술(1종)	수술1회당	5만원	10만원
	질병1~5종수술(2종)	수술1회당	10만원	20만원
	질병1~5종수술(3종)	수술1회당	25만원	50만원
	질병1~5종수술(4종)	수술1회당	150만원	300만원
	질병1~5종수술(5종)	수술1회당	250만원	500만원
질병통합치료(주요치료)	질병특정치료 (흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)	연간1회한	2.5만원	5만원
	질병특정치료(신경차단술)(급여)	연간1회한	2.5만원	5만원
	질병특정치료(도수정복술)(급여)	연간1회한	2.5만원	5만원
	질병창상봉합술치료(급여)	연간3회한	2.5만원	5만원

질병통합치료(중증치료)	질병저체온요법치료(급여)	연간1회한	37.5만원	75만원
	질병인공호흡기치료 (12시간초과)(급여)	연간1회한	75만원	150만원
	종합병원 질병전신마취치료 (6시간이상)(급여)	연간1회한	200만원	400만원

다. 고급형 <보험가입금액 700만원>

통합치료항목		지급횟수	지급금액	
			계약일부터 1년미만 발생시	계약일부터 1년이후 발생시
질병통합치료(검사)	질병MRI검사(급여)	연간1회한	2.5만원	5만원
	질병CT검사(급여)	연간1회한	2.5만원	5만원
	질병양전자단층촬영(PET)(급여)	연간1회한	2.5만원	5만원
질병통합치료(수술)	질병1~5종수술(1종)	수술1회당	10만원	20만원
	질병1~5종수술(2종)	수술1회당	15만원	30만원
	질병1~5종수술(3종)	수술1회당	50만원	100만원
	질병1~5종수술(4종)	수술1회당	250만원	500만원
	질병1~5종수술(5종)	수술1회당	350만원	700만원
질병통합치료(주요치료)	질병특정치료 (흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)	연간1회한	5만원	10만원
	질병특정치료(신경차단술)(급여)	연간1회한	5만원	10만원
	질병특정치료(도수정복술)(급여)	연간1회한	5만원	10만원
	질병창상봉합술치료(급여)	연간3회한	5만원	10만원
질병통합치료(중증치료)	질병저체온요법치료(급여)	연간1회한	50만원	100만원
	질병인공호흡기치료 (12시간초과)(급여)	연간1회한	100만원	200만원
	종합병원 질병전신마취치료 (6시간이상)(급여)	연간1회한	250만원	500만원

제2조(「질병통합치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「질병통합치료」라 함은 「질병통합치료(검사)」, 「질병통합치료(수술)」, 「질병통합치료(주요치료)」, 「질병통합치료(중증치료)」 및 「질병통합치료(재활치료)」를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「질병통합치료(검사)」라 함은 질병의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

통 합 치 료 항 목	
질병통합치료(검사)	질병MRI검사(급여)
	질병CT검사(급여)
	질병양전자단층촬영(PET)(급여)

1. 제3조(「MRI검사(급여)」의 정의)에서 정한 「MRI검사(급여)」를 받은 경우.
2. 제4조(「CT검사(급여)」의 정의)에서 정한 「CT검사(급여)」를 받은 경우.
3. 제5조(「양전자 단층촬영(PET) 검사(급여)」의 정의) 정의)에서 정한 「양전자 단층촬영(PET) 검사(급여)」를 받은 경우.

③ 이 특별약관에서 「질병통합치료(수술)」라 함은 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「1~5종 수술분류표

Ⅳ」(【별표34】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우를 말합니다.

통 합 치 료 항 목	
질병통합치료(수술)	질병1~5종수술(1종)
	질병1~5종수술(2종)
	질병1~5종수술(3종)
	질병1~5종수술(4종)
	질병1~5종수술(5종)

④ 이 특별약관에서 「질병통합치료(주요치료)」라 함은 질병의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 각 호의 사항을 말합니다.

통 합 치 료 항 목	
질병통합치료(주요치료)	질병특정치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)
	질병특정치료(신경차단술)(급여)
	질병특정치료(도수정복술)(급여)
	질병창상봉합술치료(급여)

1. 제7조(「질병특정치료(급여)」의 정의)에서 정한 「질병특정치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)」를 받은 경우.
2. 제7조(「질병특정치료(급여)」의 정의)에서 정한 「질병특정치료(신경차단술)(급여)」를 받은 경우.
3. 제7조(「질병특정치료(급여)」의 정의)에서 정한 「질병특정치료(도수정복술)(급여)」를 받은 경우.
4. 제8조(「창상봉합술치료(급여)」의 정의)에서 정한 「창상봉합술치료(급여)」를 받은 경우.

⑤ 이 특별약관에서 「질병통합치료(중증치료)」라 함은 질병의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 각 호의 사항을 말합니다.

통 합 치 료 항 목	
질병통합치료(중증치료)	질병저체온요법치료(급여)
	질병인공호흡기치료(12시간초과)(급여)
	종합병원 질병전신마취치료(6시간이상)(급여)

1. 제9조(「저체온요법치료(급여)」의 정의)에서 정한 「저체온요법치료(급여)」를 받은 경우.
2. 제10조(「인공호흡기치료(12시간초과)(급여)」의 정의)에서 정한 「인공호흡기치료(12시간초과)(급여)」를 받은 경우.
3. 제11조(「종합병원 질병전신마취치료(6시간이상)(급여)」의 정의)에서 정한 「종합병원 질병전신마취치료(6시간이상)(급여)」를 받은 경우.

제3조(「MRI검사(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「MRI검사(급여)」라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「급여촬영 분류표」(【별표90】 참조)에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 「MRI검사(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

③ 제2항에도 불구하고 요양급여 일부 본인부담 대상 기준에 해당되지 않아 요양급여 전액본인부담으로 산정된 경우에는 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로 보지 않습니다.

제4조(「CT검사(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「CT검사(급여)」라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「CT검사(급여) 분류표」(【별표91】 참조)에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 「CT검사(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료

급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

③ 제2항에도 불구하고 요양급여 일부 본인부담 대상 기준에 해당되지 않아 요양급여 전액본인부담으로 산정된 경우에는 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로 보지 않습니다.

제5조(「양전자 단층촬영(PET) 검사(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「양전자 단층촬영(PET) 검사(급여)」라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 양전자단층촬영(PET)을 사용하는 촬영 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 「양전자 단층촬영(PET) 검사(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

양전자방출단층촬영(PET)
양전자를 방출하는 방사선 의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법

③ 제2항에도 불구하고 요양급여 일부 본인부담 대상 기준에 해당되지 않아 요양급여 전액본인부담으로 산정된 경우에는 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로 보지 않습니다.

④ 제1항의 「양전자 단층촬영(PET) 검사(급여)」는 「양전자 단층촬영(PET) 검사(급여) 분류표」(【별표98】 참조)에 해당하는 의료행위를 말합니다.

제6조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어의 정의
- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

⑤ 제1항 내지 제4항에도 불구하고 「1~5종 수술분류표Ⅳ」(【별표34】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

제7조(「질병특정치료(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「질병특정치료(급여)」라 함은 「질병특정치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)」, 「질병특정치료(신경차단술)(급여) 및 「질병특정치료(도수정복술)(급여)」를 총칭합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「질병특정치료(급여)」라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「질병특정치료(급여) 분류표」(【별표99】 참조)에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

③ 제1항의 「질병특정치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

제8조(「창상봉합술치료(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「창상봉합술치료(급여)」라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「급여 창상봉합술 분류표」(【별표57】 참조)에 해당하는 의료행위를 말하며 해당 의료행위의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원('입원'을 포함합니다)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

② 제1항의 「창상봉합술치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

제9조(「저체온요법치료(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「저체온요법치료(급여)」라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「저체온요법치료(급여) 분류표」(【별표96】 참조)에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 「저체온요법치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

제10조(「인공호흡기치료(12시간초과)(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「인공호흡기치료(12시간초과)(급여)」라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「인공호흡기치료(12시간초과)(급여) 분류표」(【별표97】 참조)에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 「인공호흡기치료(12시간초과)(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

제11조(「종합병원 질병전신마취치료(6시간이상)(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서 「종합병원 질병전신마취치료(6시간이상)(급여)」라 함은 질병의 직접적인 치료를 목적으로 제12조에서 정한 「종합병원」에서 「전신마취치료(급여)」를 6시간 이상 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 「전신마취치료(급여)」라 함은 의사의 관리 하에 약물 등을 사용하여 전신을 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키기 위해 아래의 「전신마취 의료행위 분류표」(【별표79】 참조)에서 정한 의료행위를 하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「전신마취치료(급여)」는 「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 마취방법은 제외하며, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원 중 치과병원, 한방병원, 요양병원 및 의원급 의료기관에서의 전신마취는 제외합니다.

④ 제2항 내지 제3항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '전신마취 의료행위'에 준하여 보장 여부를 결정합니다.
⑤ 제2항 내지 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제2항에서 정한 「전신마취치료(급여)」 외에 「전신마취치료(급여)」에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[마취관리기본 및 마취유지 수가코드에 의한 마취시간 계산 예시]

① L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 30회의 경우
: 60분 × 1회 + 15분 × 30회 = 510분
→ 마취시간 6시간 이상에 해당

② L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 10회의 경우
: 60분 × 1회 + 15분 × 10회 = 210분
→ 마취시간 6시간 이상에 해당되지 않음

주1) 마취유지 : 1시간을 초과하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매 15분 증가할 때마다 산정

제12조(「종합병원」의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

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.

제13조(「입원」 및 「통원」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「질병」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여「질병」의 치료가 필요하다고 인정된 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.

제14조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

② 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병MRI검사(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병MRI검사(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.
③ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병CT검사(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병CT검사(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.
④ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병양전자단층촬영(PET)검사(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병양전자단층(PET)검사(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.
⑤ “질병1~5종수술”의 경우 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술보험금을 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다. 단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술보험금을 지급합니다.

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.

⑥ 제5항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

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.

⑦ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병특정치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병특정치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.
⑧ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병특정치료(신경차단술)(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병특정치료(신경차단술)(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.
⑨ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병특정치료(도수정복술)(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병특정치료(도수정복술)(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.
⑩ “질병창상봉합술치료(급여)”의 경우 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원(‘입원’을 포함합니다)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.
⑪ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병저체온요법치료(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 질병저체온요법치료(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.
⑫ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “질병인공호흡기치료(12시간초과)(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 인공호흡기치료(12시간초과)(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.
⑬ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “종합병원 질병전신마취치료(6시간이상)(급여)”를 받은 경우에도 통합치료항목 중 종합병원 질병전신마취치료(6시간이상)(급여)에 한하여 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 질병통합치료비만 지급합니다.
⑭ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제15조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 「질병1~5종수술」의 경우 회사는 아래 목적의 치료를 위한 수술에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제16조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 그 외 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
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 제1항에도 불구하고 다음의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.

1. “질병MRI검사(급여)”, “질병CT검사(급여)”, “질병양전자단층촬영(PET)(급여)”, “질병특정치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)”, “질병특정치료(신경차단술)(급여)”, “질병특정치료(도수정복술)(급여)”, “질병창상봉합술치료(급여)”, “질병저체온요법치료(급여)”, “질병인공호흡기치료(12시간초과)(급여)”, “질병저체온요법치료(급여)”의 경우 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 급여수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다)
2. “종합병원 질병전신마취치료(6시간이상)(급여)”의 경우 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 급여수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(전신마취 종류와 마취시간, 수술내용을 확인할 수 있는 마취기록지 및 수술기록지 등), 수술확인서 등)

> **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 제1항 제2호 및 제 2항의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제17조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제18조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

86. 표적치매약물허가치료비Ⅱ(최경증치매·경증알츠하이머치매)(갱신형_20년) 특별약관

86-1. 표적치매약물허가치료비Ⅱ(최경증치매·경증알츠하이머치매)(간편가입)(갱신형_20년) 특별약관
86-2. 표적치매약물허가치료비Ⅱ(최경증치매·경증알츠하이머치매)(갱신형_20년) 특별약관

86-1, 86-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 이 특별약관은 아래의 총 4개의 세부보장으로 나뉩니다.

세 부 보 장
1) 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(최초1회한) 보장 2) 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(7회이상,최초1회한) 보장 3) 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(13회이상,최초1회한) 보장 4) 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(19회이상,최초1회한) 보장

② 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 표적치매약물허가치료비Ⅱ(최경증치매·경증알츠하이머치매) : 아래 '가' 내지 '다'항에 모두 해당되는 경우 세부보장별 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급
   가. 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인해 제2조(「최경증치매상태」 및 「경증알츠하이머치매상태」의 정의 및 진단확정)의 **「최경증치매상태」 또는 「경증알츠하이머치매상태」로 진단 확정** 된 경우
   나. 제3조(「아밀로이드베타 적응증 상태」의 정의)의 **「아밀로이드베타 적응증 상태」**에 해당되는 경우
   다. 가.의 「최경증치매상태」 또는 「경증알츠하이머치매상태」의 직접적인 치료를 목적으로 제4조(「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」의 정의)의 **「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」의 투약 또는 투여를 아래의 세부보장별 각 투여횟수 이상 받은 경우**

세 부 보 장	투여 횟수	지 급 금 액
표적치매약물허가치료비 (최경증치매·경증알츠하이머치매)(최초1회한)	1회이상	각 세부보장 보험가입금액
표적치매약물허가치료비 (최경증치매·경증알츠하이머치매)(7회이상,최초1회한)	7회이상	
표적치매약물허가치료비 (최경증치매·경증알츠하이머치매)(13회이상,최초1회한)	13회이상	
표적치매약물허가치료비 (최경증치매·경증알츠하이머치매)(19회이상,최초1회한)	19회이상	

제2조(「최경증치매상태」 및 「경증알츠하이머치매상태」의 정의 및 진단확정)

① 「최경증치매상태」 라 함은 피보험자가 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「최경증 인지기능의 장애」 가 발생한 상태를 말합니다.

② 「경증알츠하이머치매상태」 라 함은 피보험자가 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「알츠하이머치매 분류표」 (【별표100】 참조)에 해당하는 알츠하이머 치매로 진단확정 받고 「경증 인지기능의 장애」 가 발생한 상태를 말합니다.

③ 제1항에서 정한 「최경증 인지기능의 장애」 라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 0.5점(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

④ 제2항에서 정한 「경증 인지기능의 장애」 라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 1점(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)

치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

⑤ 「최경증치매상태」 및 「경증알츠하이머치매상태」 의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

⑥ 제5항의 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(「아밀로이드베타 적응증 상태」의 정의)

① 「아밀로이드베타 적응증 상태」 라 함은 '아밀로이드베타(Aβ)' 단백질이 침착된 정도를 평가하기 위한 의학적 검사의 결과가 '양성(Positive)'인 상태를 말합니다. 단, 양전자방출단층술(PET)검사의 경우, 그 결과가 '30 센틸로이드(Centiloid) 이상'인 상태를 말합니다.

아밀로이드베타(Aβ 또는 Abeta)

알츠하이머 환자의 뇌에서 발견되는 아밀로이드 플라크의 주성분으로서 알츠하이머 병에 결정적으로 관여하는 36-43개의 아미노산 펩타이드를 의미합니다.

센틸로이드(Centiloid)

알츠하이머병 연구와 임상에서 뇌의 아밀로이드 플라크 침착량을 표준화하여 측정하는 정량적 척도이며 0~100의 범위를 가집니다.

② 「아밀로이드베타 적응증 상태」의 판단은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 판단은 병력, 신경학적 검진과 함께 양전자방출단층술(PET), 뇌척수액검사, 혈액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

용어설명

[양전자 방출 단층술(PET)]
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제4조(「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」의 정의)

이 특별약관에 있어서 「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」라 함은 의료법 제3조(의료기관)의 의료기관에서 정한 정신건강의학과 또는 신경과의 전문의 자격을 가진 자가 침착된 '아밀로이드베타(Aβ)' 단백질을 제거하기 위해 사용하는 치료제로서, 식품의약품안전처에서 허가된 치료제를 말합니다.

아밀로이드베타 표적약물허가치료제 해당 성분명 안내

- 레카네맙(lecanemab)

※ 상기 치료제의 해당 성분명은 2025년 10월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소시 해당 내용이 변경될 수 있습니다.

제5조(「최경증이상치매상태」 및 「중등증이상치매상태」의 정의 및 진단확정)

① 「최경증이상치매상태」라 함은 피보험자가 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「최경증이상 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.

② 「중등증이상치매상태」라 함은 피보험자가 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「중등증이상 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.

③ 제1항에서 정한 「최경증이상 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 0.5점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

④ 제2항에서 정한 「중등증이상 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 2점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우

를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)

치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

⑤ 「최경증이상치매상태」 및 「중등증이상치매상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

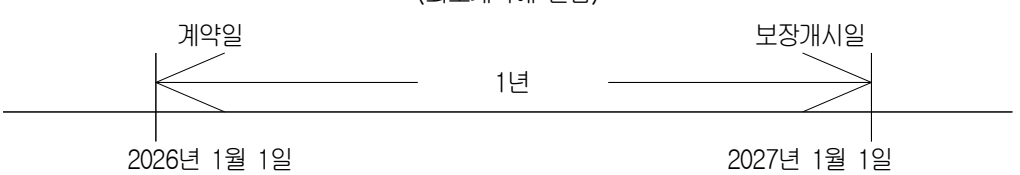
⑥ 제5항의 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) ‘표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)’의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다. 다만, 치매가 없는 상태에서 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 치매상태가 발생한 경우 계약일을 보장개시일로 합니다.

1. 최초계약의 경우 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날
2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

< ‘표적치매약물허가치료비Ⅱ(최경증치매·경증알츠하이머치매)’의 보장개시일 >
(최초계약에 한함)



② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 사유로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환이 영향을 미친 인지기능의 장애
2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제8조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제5조(「최경증이상치매상태」 및「중등증이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「최경증이상치매상태」로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서(CDR 또는 KCD코드 기입),「아밀로이드베타 적응증 상태」를 확인할 수 있는 검사결과지, 「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」투약 또는 투여를 확인할 수 있는 서류(진단서, 진료확인서, 소견서 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 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제11조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제12조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험계약일로부터 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일의 이후에 제5조(「최경증이상치매상태」 및「중등증이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한「중등증이상치매상태」로 진단 확정된 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 「중등증이상치매상태」로 진단 확정 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

87. 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(치료당,36회한)(갱신형_20년) 특별약관

87-1. 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(치료당,36회한)(간편가입)(갱신형_20년) 특별약관

87-2. 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(치료당,36회한)(갱신형_20년) 특별약관

87-1, 87-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(치료당,36회한) : 아래 '가' 내지 '다'항에 모두 해당되는 경우 치료 1회당 아래의 금액을 지급(36회 한도)

가. 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인해 제2조(「최경증치매상태」 및 「경증알츠하이머치매상태」의 정의 및 진단확정)의 **「최경증치매상태」 또는 「경증알츠하이머치매상태」로 진단 확정**된 경우

나. 제3조(「아밀로이드베타 적응증 상태」의 정의)의 **「아밀로이드베타 적응증 상태」**에 해당되는 경우

다. 가.의 「최경증치매상태」 또는 「경증알츠하이머치매상태」의 직접적인 치료를 목적으로 제4조(「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」의 정의)의 **「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」의 투약 또는 투여를 받은 경우**

구 분	지 급 금 액
표적치매약물허가치료비 (최경증치매·경증알츠하이머치매)(치료당,36회한)	이 특별약관 보험가입금액 (36회 한도)

제2조(「최경증치매상태」 및 「경증알츠하이머치매상태」의 정의 및 진단확정)

① 「최경증치매상태」라 함은 피보험자가 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「최경증 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.

② 「경증알츠하이머치매상태」라 함은 피보험자가 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「알츠하이머치매 분류표」(【별표100】 참조)에 해당하는 알츠하이머 치매로 진단확정 받고 「경증 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.

③ 제1항에서 정한 「최경증 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 0.5점(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

④ 제2항에서 정한 「경증 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 1점(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)

치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

⑤「최경증치매상태」및「경증알츠하이머치매상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

⑥ 제5항의 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(「아밀로이드베타 적응증 상태」의 정의)

①「아밀로이드베타 적응증 상태」라 함은 '아밀로이드베타(Aβ)' 단백질이 침착된 정도를 평가하기 위한 의학적 검사의 결과가 '양성(Positive)'인 상태를 말합니다. 단, 양전자방출단층술(PET)검사의 경우, 그 결과가 '30 센틸로이드(Centiloid) 이상'인 상태를 말합니다.

아밀로이드베타(Aβ 또는 Abeta)

알츠하이머 환자의 뇌에서 발견되는 아밀로이드 플라크의 주성분으로서 알츠하이머 병에 결정적으로 관여하는 36-43개의 아미노산 펩타이드를 의미합니다.

센틸로이드(Centiloid)

알츠하이머병 연구와 임상에서 뇌의 아밀로이드 플라크 침착량을 표준화하여 측정하는 정량적 척도이며 0~100의 범위를 가집니다.

②「아밀로이드베타 적응증 상태」의 판단은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 판단은 병력, 신경학적 검진과 함께 양전자방출단층술(PET), 뇌척수액검사, 혈액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

용어설명

[양전자 방출 단층술(PET)]
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제4조(「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」의 정의)

이 특별약관에 있어서 「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」라 함은 의료법 제3조(의료기관)의 의료기관에서 정한 정신건강의학과 또는 신경과의 전문의 자격을 가진 자가 침착된 '아밀로이드베타(Aβ)' 단백질을 제거하기 위해 사용하는 치료제로서, 식품의약품안전처에서 허가된 치료제를 말합니다.

아밀로이드베타 표적약물허가치료제 해당 성분명 안내

- 레카네맙(lecanemab)

※ 상기 치료제의 해당 성분명은 2025년 10월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소시 해당 내용이 변경될 수 있습니다.

제5조(「최경증이상치매상태」 및 「중등증이상치매상태」의 정의 및 진단확정)

① 「최경증이상치매상태」라 함은 피보험자가 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「최경증이상 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.

② 「중등증이상치매상태」라 함은 피보험자가 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「중등증이상 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.

③ 제1항에서 정한 「최경증이상 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 0.5점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

④ 제2항에서 정한 「중등증이상 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 2점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)

치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

⑤ 「최경증이상치매상태」 및 「중등증이상치매상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

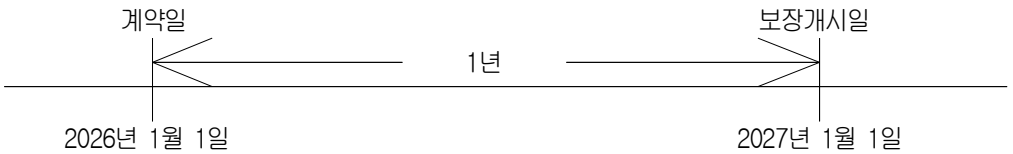
⑥ 제5항의 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) '표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(치료당,36회한)'의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다. 다만, 치매가 없는 상태에서 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 치매상태가 발생한 경우 계약일을 보장개시일로 합니다.

1. 최초계약의 경우 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날
2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

< ‘표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)
(치료당,36회한)’의 보장개시일 >(최초계약에 한함)



② 피보험자가 보장개시일 이후 제1조(보험금의 지급사유) ‘표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(치료당,36회한)’를 받기 시작하고, 36회차 치료를 받기 이전에 보험기간(갱신형은 갱신종료나이)이 끝났을 때에도 36회차 치료가 끝날 때까지의 계속 중인「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」의 투약 또는 투여에 대하여는 보험금을 보장하여 드립니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 사유로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환이 영향을 미친 인지기능의 장애
2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제8조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제5조(「최경증이상치매상태」및「중등증이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한「최경증이상치매상태」로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서(CDR 또는 KCD코드 기입),「아밀로이드베타 적응증 상태」를 확인할 수 있는 검사결과지, 「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」투약 또는 투여를 확인할 수 있는 서류(진단서, 진료확인서, 소견서 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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제11조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제12조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(치료당,36회한)의 36회차 보험금이 지급된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험계약일로부터 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일의 이후에 제5조(「최경증이상치매상태」 및 「중등증이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「중등증이상치매상태」로 진단 확정된 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 「중등증이상치매상태」로 진단 확정 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

88. 표적치매약물허가치료 중 MRI 검사지원비(3회한)(갱신형_20년) 특별약관

88-1. 표적치매약물허가치료 중 MRI 검사지원비(3회한)(간편가입)(갱신형_20년) 특별약관
88-2. 표적치매약물허가치료 중 MRI 검사지원비(3회한)(갱신형_20년) 특별약관

88-1, 88-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 표적치매약물허가치료 중 MRI 검사지원비(3회한) : 아래 '가' 내지 '다'항에 모두 해당되는 경우 검사 1회당 아래의 금액을 지급(3회 한도)
   가. 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인해 제2조(「최경증치매상태」 및 「경증알츠하이머치매상태」의 정의 및 진단확정)의 **「최경증치매상태」 또는 「경증알츠하이머치매상태」로 진단 확정**된 경우
   나. 제3조(「아밀로이드베타 적응증 상태」의 정의)의 **「아밀로이드베타 적응증 상태」**에 해당되는 경우

다. 가.의「최경증치매상태」또는「경증알츠하이머치매상태」의 직접적인 치료를 목적으로 제4조(「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」의 정의)의 「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」의 투약 또는 투여를 받는 치료 과정 중 「MRI 검사」를 시행하는 경우

구 분	지 급 금 액
표적치매약물허가치료비 중 MRI 검사지원비(3회한)	이 특별약관 보험가입금액(3회 한도)

제2조(「최경증치매상태」및「경증알츠하이머치매상태」의 정의 및 진단확정)

① 「최경증치매상태」라 함은 피보험자가 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여「최경증 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.

② 「경증알츠하이머치매상태」라 함은 피보험자가 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여「알츠하이머치매 분류표」(【별표100】참조)에 해당하는 알츠하이머 치매로 진단확정 받고「경증 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.

③ 제1항에서 정한「최경증 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 0.5점(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

④ 제2항에서 정한「경증 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 1점(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)

치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

⑤ 「최경증치매상태」및「경증알츠하이머치매상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

⑥ 제5항의 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(「아밀로이드베타 적응증 상태」의 정의)

① 「아밀로이드베타 적응증 상태」라 함은 '아밀로이드베타(Aβ)' 단백질이 축적된 정도를 평가하기 위한 의학적 검사의 결과가 '양성(Positive)'인 상태를 말합니다. 단, 양전자방출단층술(PET)검사의 경우, 그 결과가 '30 센틸로이드(Centiloid) 이상'인 상태를 말합니다.

아밀로이드베타(Aβ 또는 Abeta)

알츠하이머 환자의 뇌에서 발견되는 아밀로이드 플라크의 주성분으로서 알츠하이머 병에 결정적으로 관여하는 36-43개의 아미노산 펩타이드를 의미합니다.

센틸로이드(Centiloid)

알츠하이머병 연구와 임상에서 뇌의 아밀로이드 플라크 축적량을 표준화하여 측정하는 정량적 척도이며 0~100의 범위를 가집니다.

② 「아밀로이드베타 적응증 상태」의 판단은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 판단은 병력, 신경학적 검진과 함께 양전자방출단층술(PET), 뇌척수액검사, 혈액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

용어설명

[양전자 방출 단층술(PET)]
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용 하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제4조(「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」의 정의)

이 특별약관에 있어서 「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」라 함은 의료법 제3조(의료기관)의 의료기관에서 정한 정신건강의학과 또는 신경과의 전문의 자격을 가진 자가 침착된 '아밀로이드베타(Aβ)' 단백질을 제거하기 위해 사용하는 치료제로서, 식품의약품안전처에서 허가된 치료제를 말합니다.

아밀로이드베타 표적약물허가치료제 해당 성분명 안내

- 레카네맙(lecanemab)

※ 상기 치료제의 해당 성분명은 2025년 10월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소시 해당 내용이 변경될 수 있습니다.

제5조(「최경증이상치매상태」 및 「중등증이상치매상태」의 정의 및 진단확정)

① 「최경증이상치매상태」라 함은 피보험자가 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「최경증이상 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.

② 「중등증이상치매상태」라 함은 피보험자가 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「중등증이상 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.

③ 제1항에서 정한 「최경증이상 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 0.5점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

④ 제2항에서 정한 「중등증이상 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 2점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)

치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

⑤ 「최경증이상치매상태」 및 「중등증이상치매상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

⑥ 제5항의 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능

력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(「MRI 검사」의 정의)

이 특별약관에 있어서 「MRI 검사」라 함은, 「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」의 투약 또는 투여를 받는 치료 과정 중 의사에 의하여 안전성 모니터링이 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 자기공명영상(MRI)를 사용하는 촬영 의료행위를 말합니다.

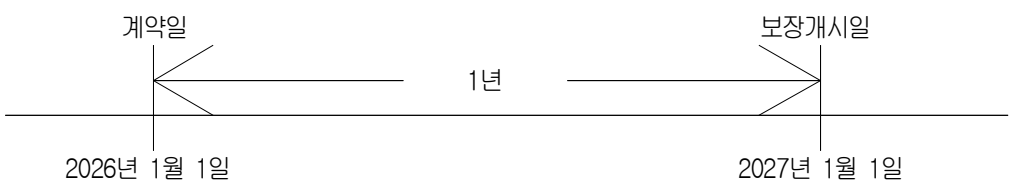
[자기공명영상(MRI)]
Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) '표적치매약물허가치료 중 MRI 검사지원비(3회한)'의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다. 다만, 치매가 없는 상태에서 상해로 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 치매상태가 발생한 경우 계약일을 보장개시일로 합니다.

1. 최초계약의 경우 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날
2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

< '표적치매약물허가치료 중 MRI 검사지원비(3회한)'의 보장개시일 >
(최초계약에 한함)



② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 사유로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환이 영향을 미친 인지기능의 장애
2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제9조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서(CDR 또는 KCD코드 기입),「아밀로이드베타 적응증 상태」를 확인할 수 있는 검사결과지, 「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」투약 또는 투여를 확인할 수 있는 서류(진단서, 진료확인서, 소견서 등), 자기공명영상(MRI) 검사 소견서)
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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제5조(「최경증이상치매상태」및「중등증이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「최경증이상치매상태」로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제11조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제13조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 표적치매약물허가치료 중 MRI 검사지원비(3회한)의 3회차 보험금이 지급된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험계약일로부터 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일의 이후에 제5조(「최경증이상치매상태」및「중등증이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한「중등증이상치매상태」로 진단 확정된 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 「중등증이상치매상태」로 진단 확정 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

89-1. 치매통합치료보장Ⅱ(간편가입)(갱신형_20년) 특별약관

89-1-1. 치매통합치료보장Ⅱ(간편가입)(갱신형_20년) 특별약관

89-1-1은 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 이 특별약관은 아래의 총 15개의 세부보장으로 나뉩니다.

보 장
1) 치매통합_표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(최초1회한) 보장 2) 치매통합_표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(7회이상,최초1회한) 보장 3) 치매통합_표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(13회이상,최초1회한) 보장 4) 치매통합_표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(19회이상,최초1회한) 보장 5) 치매통합_치매장기요양급여금(1~5등급, 복합재가급여)(월1회한) 보장 6) 치매통합_혈관성치매 치료비(급여,연간1회한) 보장 7) 치매통합_특정치매 치료비(급여_연간1회한) 보장 8) 치매통합_치매직접치료 통원비(연간12회한) 보장 9) 치매통합_치매CDR척도 검사지원비(급여,연간1회한) 보장 10) 치매통합_표적치매약물허가치료 중 MRI 검사지원비 보장 11) 치매통합_치매입원비(1일-90일) 보장 12) 치매통합_치매 MRI/PET/CT 검사지원비(급여_연간1회한) 보장

② 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. **치매통합_표적치매약물허가치료비Ⅱ(최경증치매·경증알츠하이머치매)** : 아래 '가' 내지 '다'항에 모두 해당되는 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

가. 이 특별약관의 보험기간 중에 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인해 제2조(「최경증치매상태」 및 「경증알츠하이머치매상태」의 정의 및 진단확정)의 **「최경증치매상태」 또는 「경증알츠하이머치매상태」로 진단 확정**된 경우

나. 제3조(「아밀로이드베타 적응증 상태」의 정의)의 **「아밀로이드베타 적응증 상태」**에 해당되는 경우

다. 가.의 「최경증치매상태」 또는 「경증알츠하이머치매상태」의 직접적인 치료를 목적으로 제4조(「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」의 정의)의 **「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」의 투약 또는 투여를 아래의 세부보장별 각 투여횟수 이상 받은 경우**

세 부 보 장	투여 횟수	지 급 금 액
치매통합_표적치매약물허가치료비 (최경증치매·경증알츠하이머치매)(최초1회한)	1회이상	각 세부보장 보험가입금액
치매통합_표적치매약물허가치료비 (최경증치매·경증알츠하이머치매)(7회이상,최초1회한)	7회이상	
치매통합_표적치매약물허가치료비 (최경증치매·경증알츠하이머치매)(13회이상,최초1회한)	13회이상	
치매통합_표적치매약물허가치료비 (최경증치매·경증알츠하이머치매)(19회이상,최초1회한)	19회이상	

2. **치매통합_치매장기요양급여금(1~5등급, 복합재가급여)(월1회한)** : 이 특별약관의 보험기간 중 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제7조(「치매」의 정의 및 진단확정)의 「치매」로 진단확정 되고, 「치매」를 원인으로 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급 내지 5등급의 장기요양등급을 판정받고 「보험금 지급기간」이내에 「복합재가급여」를 이용한 경우 월간1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
치매통합_치매장기요양급여금 (1~5등급, 복합재가급여)(월1회한)	이 세부보장 보험가입금액 (월간 1회한)

3. **치매통합_혈관성치매 치료비(급여,연간1회한)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 「혈관성치매」로 진단받고 제10조(「급여 혈관성치매 치료약제」의 정의)의 「급여 혈관성치매 치료약제」의 투약을 처방 받은 경우 연간1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
치매통합_혈관성치매 치료비(급여,연간1회한)	이 세부보장 보험가입금액

4. **치매통합_특정치매 치료비(급여_연간1회한)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제11조(「급여 특정치매 치료제」의 정의)에서 정한 「급여 특정치매 치료제」를 처방받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
치매통합_특정치매 치료비(급여_연간1회한)	이 세부보장 보험가입금액

5. **치매통합_치매직접치료 통원비(연간12회한)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제7조(「치매」의 정의 및 진단확정)의 「치매」로 진단이 확정되고, 그 「치매의 직접적인 치료」를 목적으로 병원 또는 의원에 통원하였을 때 통원 1회당 연간 12회한도로 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
치매통합_치매직접치료 통원비(연간12회한)	통원 1회당 이 세부보장 보험가입금액

6. **치매 CDR척도 검사지원비(급여,연간1회한)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 내려진「치매」의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제14조(「치매CDR척도검사(급여)」의 정의 및 진단)에서 정한「치매CDR척도검사(급여)」에 해당하는 의료행위를 받은 경우 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 치매CDR척도검사지원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 「치매」로 진단확정 되지 않은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

구 분	지 급 금 액
치매통합_치매 CDR척도검사지원비 (급여,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액

7. **치매통합_표적치매약물허가치료 중 MRI 검사지원비(3회한)** : 아래 '가' 내지 '다'항에 모두 해당되는 경우 검사 1회당 아래의 금액을 지급(3회 한도)

가. 이 특별약관의 보험기간 중에 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인해 제2조(「최경증치매상태」및「경증알츠하이머치매상태」의 정의 및 진단확정)의 **「최경증치매상태」또는「경증알츠하이머치매상태」로 진단 확정**된 경우

나. 제3조(「아밀로이드베타 적응증 상태」의 정의)의 **「아밀로이드베타 적응증 상태」**에 해당되는 경

우

다. 가.의「최경증치매상태」또는「경증알츠하이머치매상태」의 직접적인 치료를 목적으로 제4조(「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」의 정의)의 「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」의 투약 또는 투여를 받는 치료 과정 중 「MRI 검사」를 시행하는 경우

구 분	지 급 금 액
치매통합_표적치매약물허가치료비 중 MRI 검사지원비(3회한)	이 특별약관 보험가입금액(3회 한도)

8. 치매통합_치매 MRI/PET/CT 검사지원비(급여_연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(「치매」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「치매」의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제8조(「치매 MRI/PET/CT 검사(급여)」의 정의)에서 정한 「치매 MRI/PET/CT 검사(급여)」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액	
치매통합_치매 MRI/PET/CT 검사지원비(급여_연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50%(연간 1회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액 (연간 1회한)

9. 치매통합_치매입원비(1일-90일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(「치매」의 정의 및 진단확정)의 「치매」로 진단확정 되고, 그 치매의 치료를 직접적인 목적으로 1일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
치매통합_치매입원비(1일-90일)	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(90일한도)

제2조(「최경증치매상태」및「경증알츠하이머치매상태」의 정의 및 진단확정)

① 「최경증치매상태」라 함은 피보험자가 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여「최경증 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.

② 「경증알츠하이머치매상태」라 함은 피보험자가 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여「알츠하이머치매 분류표」(【별표100】참조)에 해당하는 알츠하이머 치매로 진단확정 받고「경증 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.

③ 제1항에서 정한「최경증 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 0.5점(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

④ 제2항에서 정한「경증 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 1점(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)

치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

⑤ 「최경증치매상태」및「경증알츠하이머치매상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

⑥ 제5항의 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(「아밀로이드베타 적응증 상태」의 정의)

① 「아밀로이드베타 적응증 상태」라 함은 '아밀로이드베타(Aβ)' 단백질이 침착된 정도를 평가하기 위한 의학적 검사의 결과가 '양성(Positive)'인 상태를 말합니다. 단, 양전자방출단층술(PET)검사의 경우, 그 결과가 '30 센틸로이드(Centiloid) 이상'인 상태를 말합니다.

아밀로이드베타(Aβ 또는 Abeta)

알츠하이머 환자의 뇌에서 발견되는 아밀로이드 플라크의 주성분으로서 알츠하이머 병에 결정적으로 관여하는 36-43개의 아미노산 펩타이드를 의미합니다.

센틸로이드(Centiloid)

알츠하이머병 연구와 임상에서 뇌의 아밀로이드 플라크 침착량을 표준화하여 측정하는 정량적 척도이며 0~100의 범위를 가집니다.

② 「아밀로이드베타 적응증 상태」의 판단은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 판단은 병력, 신경학적 검진과 함께 양전자방출단층술(PET), 뇌척수액검사, 혈액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

용어설명

[양전자 방출 단층술(PET)]
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제4조(「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」의 정의)

이 특별약관에 있어서 「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」라 함은 의료법 제3조(의료기관)의 의료기관에서 정한 정신건강의학과 또는 신경과의 전문의 자격을 가진 자가 침착된 '아밀로이드베타(Aβ)' 단백질을 제거하기 위해 사용하는 치료제로서, 식품의약품안전처에서 허가된 치료제를 말합니다.

아밀로이드베타 표적약물허가치료제 해당 성분명 안내

- 레카네맙(lecanemab)

※ 상기 치료제의 해당 성분명은 2025년 10월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소시 해당 내용이 변경될 수 있습니다.

제5조(「최경증이상치매상태」 및 「중등증이상치매상태」의 정의 및 진단확정)

① 「최경증이상치매상태」 라 함은 피보험자가 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「최경증이상 인지기능의 장애」 가 발생한 상태를 말합니다.

② 「중등증이상치매상태」 라 함은 피보험자가 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「중등증이상 인지기능의 장애」 가 발생한 상태를 말합니다.

③ 제1항에서 정한 「최경증이상 인지기능의 장애」 라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 0.5점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

④ 제2항에서 정한 「중등증이상 인지기능의 장애」 라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 2점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)

치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

⑤ 「최경증이상치매상태」 및 「중등증이상치매상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

⑥ 제5항의 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(「재가급여」 및 「복합재가급여」의 정의)

① 이 특별약관에서 「재가급여」 라 함은 노인장기요양보험법 제15조(등급판정 등)에 의한 장기요양급여수급자(이하 “수급자”라 합니다)가 받을 수 있는 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제1호에서 정한 재가급여를 말합니다. 또한, 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제3항에서 정한 통합재가서비스를 통하여 이용하는 재가급여를 포함합니다.

② 제1항에서 재가급여의 종류는 다음 각 호와 같습니다.

1. 방문요양 : 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활등을 지원하는 장기요양급여
2. 방문목욕 : 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여
3. 방문간호 : 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(이하 “방문간호지시서”라 합니다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 및 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여
4. 주야간보호 : 수급자를 하루 중 일정 시간 동안 장기요양기관에 보호하면서 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
5. 단기보호 : 수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위 안에서 일정기간 동안 장기요양기관에 보호하면서 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
6. 기타재가급여 : 수급자의 일상생활·신체활동 지원 및 인지기능의 유지·향상에 필요한 용구를 제공하거나

가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정하는 것

유의사항

노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제3호의 규정에 의한 특별현금급여(가족요양비, 특례요양비, 요양병원 간병비)는 재가급여에 해당되지 않습니다.

③ 이 특별약관에서 「복합재가급여」라 함은 제2항에 따른 재가급여의 종류에서 「방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호(이하 '복합재가급여 대상 급여'라 합니다)」중 2가지 종류 이상의 급여를 이용하는 경우를 말합니다.

④ '복합재가급여 대상 급여'를 이용하는 경우는 제1항의 '통합재가서비스'를 통하여 '복합재가급여 대상 급여'를 이용하는 경우를 포함합니다.

⑤ 제2항 제6호의 기타재가급여는 '복합재가급여 대상 급여'에 해당하지 않습니다.

제7조(「치매」의 정의 및 진단확정)

①「치매」라 함은 「치매 분류표」(【별표101】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

②「치매」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제8조(「치매 MRI/PET/CT 검사(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서 「치매 MRI/PET/CT 검사(급여)」이라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 컴퓨터단층촬영(CT)을 사용하는 촬영 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 「치매 MRI/PET/CT 검사(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[양전자방출단층촬영(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용 하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

③ 제2항에도 불구하고 요양급여 일부 본인부담 대상 기준에 해당되지 않아 요양급여 전액본인부담으로 산정된 경우에는 영상진단 및 방사선치료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로 보지 않습니다.

④ 제1항의「치매 MRI/PET/CT 검사(급여)」는 「MRI/PET/CT 검사(급여) 분류표」(【별표105】참조)에 해당하는 의료행위를 말합니다.

제9조(「혈관성치매」의 정의 및 진단확정)

①「혈관성치매」라 함은 피보험자가 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후

에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「혈관성 치매 분류표」(【별표102】 참조)에 해당하는 혈관성치매로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「혈관성치매」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서(이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명 영상법(MRI), 뇌파검사, 뇌척수액 검사 등을 기초로 합니다)에 의합니다.

제10조(「급여 혈관성치매 치료약제」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「급여 혈관성치매 치료약제」라 함은 「혈관성치매」의 치료를 직접적인 목적으로 투약하는 약제 중 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 기준에 해당하는 약제를 말합니다.

② 「급여 혈관성치매 치료약제」의 투약처방은 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 「혈관성치매」의 치료를 직접적인 목적으로 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

③ 제1항의 「급여 혈관성치매 치료약제」라 함은 「약제급여 목록 및 급여상환금액표」에서 정한 분류번호가 「114(해열,진통,소염제)」, 「218(동맥경화용제)」, 「219(기타의순환계용약)」, 「333(혈액응고저지제)」, 「339(기타의혈액 및 체액용약)」(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 「분류번호 찾아보기」에 준하는 분류번호)에 해당하는 약제 중 아래의 성분명을 가지는 약제를 말합니다.

1. Aspirin
2. Cilostazol
3. Clopidogrel
4. Ticlopidine
5. Triflusal
6. Warfarin

④ 제3항의 「약제급여 목록 및 급여상환금액표」에서 정한 분류번호는 식품의약품안전처에서 정하는 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"에 따라 분류됩니다.

⑤ 제1항 내지 제4항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」 또는 「약제급여 목록 및 급여상환금액표」의 개정에 따라 제3항의 "분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

⑥ 제1항 내지 제4항에도 불구하고, "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침" 또는 "약제급여 목록 및 급여 상환금액표"의 개정으로 급여판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제3호의 지급사유 발생 당시의 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침" 또는 "약제 급여 목록 및 급여 상환금액표"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제11조(「급여 특정치매 치료제」의 정의)

① 이 특별약관에서 「급여 특정치매 치료제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호'119(기타의 중추신경용약)'(예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우 '기타의 중추신경용약'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 식품의약품안전처에서 허가된 '효능·효과'항목에 치매의 치료제로 기재된 경우에 한하여 인정합니다. 다만, 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.

② 제1항의 「급여 특정치매 치료제」는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 정한

의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 처방한 약제로서 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여 항목이 발생한 경우를 말합니다.

③ 제1항에도 불구하고, 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제4호의 지급사유 발생 당시의 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

[급여 특정치매 치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내]

성분명은 '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다.

- 도네페질(Donepezil)
- 리바스티그민(rivastigmine)
- 갈란타민(galantamine)
- 메만틴(memantine)

※ 상기 치매치료제 해당 성분명은 2025년 4월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변경될 수 있습니다.

※ 상기 성분명에 해당하는 의약품이라 하더라도 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 급여 항목이 발생한 경우에만 「급여 특정치매 치료제」로 인정합니다.

[식품의약품안전처 허가 내 「효능·효과」 확인 방법]

식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색

제12조(「치매의 직접적인 치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「치매의 직접적인 치료」라 함은 치매 진단을 위한 정밀검사(제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제5호의 「치매」 진단확정을 위한 정밀검사를 포함합니다)를 시행하는 경우, 치매 치료제 또는 치매의 증상 조절을 위한 약제를 투약하거나 투약을 변경하는 경우 또는 치매 증상 변화에 대한 검사를 시행하는 경우 등 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료를 말합니다.

② 제1항의「치매」의 직접적인 치료에는 치매의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 치매를 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「치매」의 직접적인 치료로 봅니다.

제13조(「통원」의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 「치매」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제14조(「치매CDR척도검사(급여)」의 정의 및 진단)

① 이 특별약관에 있어서 「치매CDR척도검사(급여)」라 함은 「치매CDR척도검사 분류표」(【별표95】 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

[용어설명]

· CDR척도(CDR, Clinical dementia rating scale, 2001년)
치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

[용어설명]
[급여]
「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차에 따라 급여항목이 발생한 경우로 국민건강보험 공단부담금 및 본인부담금을 합한 금액을 말합니다.
[본인부담금]
본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액 본인부담금을 말합니다.
[비급여]
「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목을 포함합니다)을 말합니다.

② 제1항의 「치매CDR척도검사(급여)」는 「의사」에 의하여 「치매」의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 「의사」의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.
③ 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 제1항의 「수가코드」가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.
④ 제1항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제6호의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제15조(「MRI 검사」의 정의)

이 특별약관에 있어서「MRI 검사」라 함은,「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」의 투약 또는 투여를 받는 치료 과정 중 의사에 의하여 안전성 모니터링이 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 자기공명영상(MRI)를 사용하는 촬영 의료행위를 말합니다.

[자기공명영상(MRI)]
Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

제16조(「입원」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다.)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
③ 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경

우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제17조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 최초계약의 경우
   가. 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호 내지 제7호 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날
   나. 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제8호 내지 제9호 : 보험계약일
2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

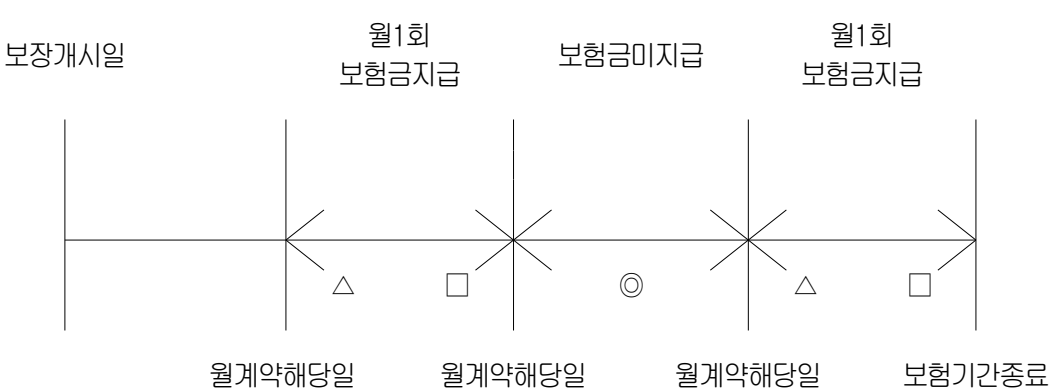
< 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호 내지 제7호의 보장개시일 >
(최초계약에 한함)

다만, 치매가 없는 상태에서 상해로 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 치매상태가 발생한 경우 계약일을 보장개시일로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호에서 월간이라 함은 「월계약해당일」부터 매1개월 단위로 도래하는 다음 월계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당월의 월계약해당일 이 없을 경우에는 해당월의 말일을 월계약해당일로 하고 이전 달의 월계약해당일부터 해당월의 말일까지를 기준으로 월1회를 계산합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호의 경우 보험기간이 끝난 후의 치매장기요양 1~5등급으로 인한 「복합재가급여」이용은 보장하지 않습니다.

【 치매통합_치매장기요양급여금(1~5등급, 복합재가급여) 지급예시 】



△ : 재가급여1 이용 □ : 재가급여2 이용 ◎ : 복합재가급여 이용안함

【 「복합재가급여」 예시 】

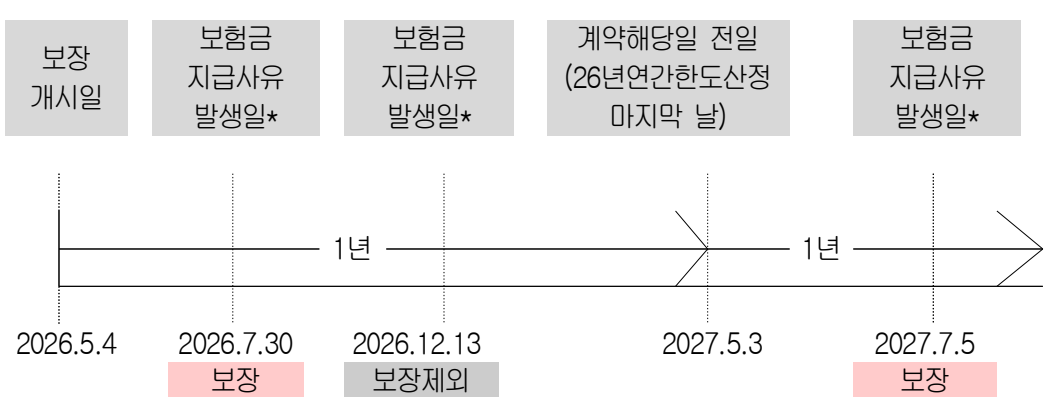
동일한 “월간” 내 “복합재가급여 대상 급여” 이용예시에 따른 「복합재가급여」 해당여부

재가급여1 이용	재가급여2 이용	복합재가급여 해당여부
방문요양	미이용	X
방문요양	방문간호	O
방문요양	통합재가서비스를 통한 방문요양	X
방문요양	통합재가서비스를 통한 방문간호	O
통합재가서비스를 통한 방문요양	통합재가서비스를 통한 방문간호	O

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호의 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호에 따라 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 장기요양등급 판정을 받았으나, 허위 또는 부당 판정 사실이 확인되는 경우 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제3호, 제4호, 제5호, 제6호 및 제8호의 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[연간1회한 보장예시]



⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제5호의 경우 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간 12회를 한도로 지급합니다.

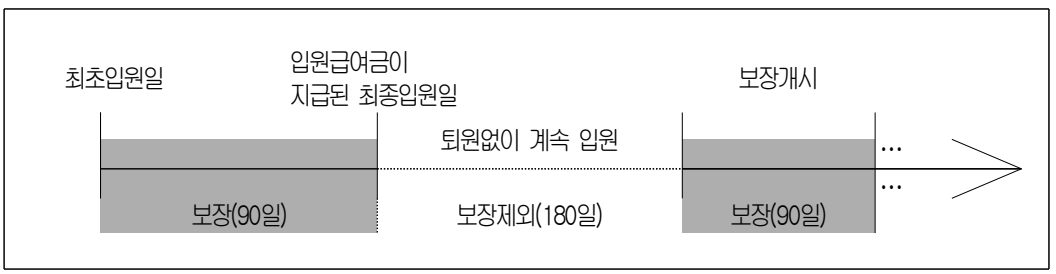
⑦ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제5호에서 ‘치매의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원’이란 의사에 의해 「치매」로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「치매」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「치매」를 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「치매」의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
다만 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「치매」로 진단된 경우에는 이는 「치매」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제9호의 치매통합_치매입원비(1일-90일) 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

⑨ 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 치매통합_치매입원비(1일-90일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180

일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

⑩ 다음과 같이 치매통합_치매입원비(1일-90일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 치매통합_치매입원비(1일-90일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑪ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제9호에 따라 치매통합_치매입원비(1일-90일)를 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제10항은 적용하지 않습니다.

⑫ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 치매통합_치매입원비(1일-90일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제18조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우, 아래 각 호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에도 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환이 영향을 미친 인지기능의 장애
2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호의 경우, 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호의 경우 회사는 피보험자가 노인장기요양보험법에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우에는 치매통합_치매 장기요양급여금(1~5등급, 복합재가급여)(월1회한)를 지급하지 않습니다.

노인장기요양보험법 제29조(장기요양급여의 제한)

① 공단은 장기요양급여를 받고 있는 자가 정당한 사유 없이 제15조제4항에 따른 조사나 제60조 또는 제61조에 따른 요구에 응하지 아니하거나 답변을 거절한 경우 장기요양급여의 전부 또는 일부를 제공하지 아니하게 할 수 있다.
② 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 장기요양기관이 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양급여비용을 받는 데에 가담한 경우 장기요양급여를 중단하거나 1년의 범위에서 장기요양급여의 횟수 또는 제공 기간을 제한할 수 있다.
③ 제2항에 따른 장기요양급여의 중단 및 제한 기준과 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제19조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
3. 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 각 세부보장별 아래의 각 목의 사고증명서를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
   가. 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호 : 진단서(CDR 또는 KCD코드 기입),「아밀로이드베타 적응증 상태」를 확인할 수 있는 검사결과지, 「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」투약 또는 투여를 확인할 수 있는 서류(진단서, 진료확인서, 소견서 등)
   나. 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제7호 : 진단서(CDR 또는 KCD코드 기입),「아밀로이드베타 적응증 상태」를 확인할 수 있는 검사결과지, 「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」투약 또는 투여를 확인할 수 있는 서류(진단서, 진료확인서, 소견서 등), 자기공명영상(MRI) 검사 소견서)
   다. 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호 : 장기요양인정서, 장기요양급여비용명세서, 장기요양급여 제공기록지, 장기요양급여 제공 확인서(회사양식)
   라. 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제3호 내지 제6호 및 제8호 : 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재)(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다)
   마. 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제3호 : 진단서(CDR 또는 KCD코드 기입), 「혈관성치매」를 확인할 수 있는 검사결과지, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함)
   바. 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제4호 : 치매약물치료증명서(의약품 분류번호'119(기타의 중추신경용약)' 처방여부 및 의약품명이 기재된 서류(진단서, 의사소견서 또는 의사처방전(처방조제비)) 진료비계산서 등)

급여수가코드

급여수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

4. 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. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 및 제3호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관법에서 정한 의료기관 또는 노인장기요양보험법 제2조(정의) 제4항에서 규정한 장기요양기관

에서 발급한 것이어야 합니다. 단, 장기요양인정서는 국민건강보험공단에서 발급한 것이어야 합니다.

제20조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 이 특별약관에서 아래 각 호의 경우 세부보장을 무효로 하며 이미 납입한 세부보장의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 세부보장이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호 및 제7호 : 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제5조(「최경증이상치매상태」 및 「중등증이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「최경증이상치매상태」로 진단 확정되어 있는 경우
2. 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호, 제5호 및 제6호 : 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제7조(「치매」의 정의 및 진단확정)의 「치매」로 진단확정된 경우
3. 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제3호 : 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제9조(「혈관성치매」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「혈관성치매」로 진단확정된 경우
4. 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제4호 : 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제11조(「급여 특정치매 치료제」의 정의)에서 정한 「급여 특정치매 치료제」를 처방받은 경우

제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제22조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호의 경우 치매통합_표적치매약물허가치료비II(최경증치매·경증알츠하이머치매) 각 세부보장에 해당하는 지급사유 또는 가 발생한 경우에는 해당 세부보장은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 소멸되는 부분에 대한 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제7호의 경우 치매통합_표적치매약물허가치료 중 MRI 검사 지원비(3회한)의 3회차 보험금이 지급된 경우에는 해당 특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는 소멸되는 부분에 대한 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호 및 제7호의 경우 피보험자가 보험계약일로부터 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일의 이후에 제5조(「최경증이상치매상태」 및 「중등증이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「중등증이상치매상태」로 진단 확정된 경우에는 이 세부보장도 소멸되며 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 「중등증이상치매상태」로 진단 확정 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

④ 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제23조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제6장. 제도성 특별약관 중 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제24조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

89-2. 치매통합치료보장Ⅱ(갱신형_20년) 특별약관

89-2-1. 치매통합치료보장Ⅱ(갱신형_20년) 특별약관

89-2-1은 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 이 특별약관은 아래의 총 15개의 세부보장으로 나뉩니다.

보 장
1) 치매통합_표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(최초1회한) 보장 2) 치매통합_표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(7회이상,최초1회한) 보장 3) 치매통합_표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(13회이상,최초1회한) 보장 4) 치매통합_표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(19회이상,최초1회한) 보장 5) 치매통합_치매장기요양급여금(1~5등급, 복합재가급여)(월1회한) 보장 6) 치매통합_혈관성치매 치료비(급여,연간1회한) 보장 7) 치매통합_특정치매 치료비(급여_연간1회한) 보장 8) 치매통합_치매직접치료 통원비(연간12회한) 보장 9) 치매통합_치매CDR척도 검사지원비(급여,연간1회한) 보장 10) 치매통합_표적치매약물허가치료 중 MRI 검사지원비 보장 11) 치매통합_치매입원비(1일-90일) 보장 12) 치매통합_치매 MRI/PET/CT 검사지원비(급여_연간1회한) 보장

② 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. **치매통합_표적치매약물허가치료비Ⅱ(최경증치매·경증알츠하이머치매)** : 아래 '가' 내지 '다'항에 모두 해당되는 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

   가. 이 특별약관의 보험기간 중에 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인해 제2조(「최경증치매상태」 및 「경증알츠하이머치매상태」의 정의 및 진단확정)의 **「최경증치매상태」 또는 「경증알츠하이머치매상태」로 진단 확정**된 경우

   나. 제3조(「아밀로이드베타 적응증 상태」의 정의)의 **「아밀로이드베타 적응증 상태」**에 해당되는 경우

   다. 가.의 「최경증치매상태」 또는 「경증알츠하이머치매상태」의 직접적인 치료를 목적으로 제4조(「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」의 정의)의 **「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」의 투약 또는 투여를 아래의 세부보장별 각 투여횟수 이상 받은 경우**

세 부 보 장	투여 횟수	지 급 금 액
치매통합_표적치매약물허가치료비 (최경증치매·경증알츠하이머치매)(최초1회한)	1회이상	각 세부보장 보험가입금액
치매통합_표적치매약물허가치료비 (최경증치매·경증알츠하이머치매)(7회이상,최초1회한)	7회이상	
치매통합_표적치매약물허가치료비 (최경증치매·경증알츠하이머치매)(13회이상,최초1회한)	13회이상	
치매통합_표적치매약물허가치료비 (최경증치매·경증알츠하이머치매)(19회이상,최초1회한)	19회이상	

2. **치매통합_치매장기요양급여금(1~5등급, 복합재가급여)(월1회한)** : 이 특별약관의 보험기간 중 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제7조(「치매」의 정의 및 진단확정)의 「치매」로 진단확정 되고, 「치매」를 원인으로 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급 내지 5등급의 장기요양등급을 판정받고 「보험금 지급기간」이내에 「복합재가급여」를 이용한 경우 월간1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
치매통합_치매장기요양급여금 (1~5등급, 복합재가급여)(월1회한)	이 세부보장 보험가입금액 (월간 1회한)

3. **치매통합_혈관성치매 치료비(급여,연간1회한)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 「혈관성치매」로 진단받고 제10조(「급여 혈관성치매 치료약제」의 정의)의 「급여 혈관성치매 치료약제」의 투약을 처방 받은 경우 연간1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
치매통합_혈관성치매 치료비(급여,연간1회한)	이 세부보장 보험가입금액

4. **치매통합_특정치매 치료비(급여_연간1회한)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제11조(「급여 특정치매 치료제」의 정의)에서 정한 「급여 특정치매 치료제」를 처방받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
치매통합_특정치매 치료비(급여_연간1회한)	이 세부보장 보험가입금액

5. **치매통합_치매직접치료 통원비(연간12회한)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제7조(「치매」의 정의 및 진단확정)의 「치매」로 진단이 확정되고, 그 「치매의 직접적인 치료」를 목적으로 병원 또는 의원에 통원하였을 때 통원 1회당 연간 12회한도로 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
치매통합_치매직접치료 통원비(연간12회한)	통원 1회당 이 세부보장 보험가입금액

6. **치매 CDR척도 검사지원비(급여,연간1회한)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 내려진「치매」의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제14조(「치매CDR척도검사(급여)」의 정의 및 진단)에서 정한「치매CDR척도검사(급여)」에 해당하는 의료행위를 받은 경우

연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 치매CDR척도검사지원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 「치매」로 진단확정 되지 않은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

구 분	지 급 금 액
치매통합_치매 CDR척도검사지원비 (급여,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액

7. **치매통합_표적치매약물허가치료 중 MRI 검사지원비(3회한)** : 아래 '가' 내지 '다'항에 모두 해당되는 경우 검사 1회당 아래의 금액을 지급(3회 한도)

가. 이 특별약관의 보험기간 중에 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인해 제2조(「최경증치매상태」 및 「경증알츠하이머치매상태」의 정의 및 진단확정)의 **「최경증치매상태」 또는 「경증알츠하이머치매상태」로 진단 확정**된 경우

나. 제3조(「아밀로이드베타 적응증 상태」의 정의)의 **「아밀로이드베타 적응증 상태」**에 해당되는 경우

다. 가.의 「최경증치매상태」 또는 「경증알츠하이머치매상태」의 직접적인 치료를 목적으로 제4조(「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」의 정의)의 「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」의 투약 또는 투여를 받는 치료 과정 중 **「MRI 검사」**를 시행하는 경우

구 분	지 급 금 액
치매통합_표적치매약물허가치료비 중 MRI 검사지원비(3회한)	이 특별약관 보험가입금액(3회 한도)

8. **치매통합_치매 MRI/PET/CT 검사지원비(급여_연간1회한)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(「치매」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「치매」의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제8조(「치매 MRI/PET/CT 검사(급여)」의 정의)에서 정한 「치매 MRI/PET/CT 검사(급여)」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액	
치매통합_치매 MRI/PET/CT 검사지원비(급여_연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50%(연간 1회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액 (연간 1회한)

9. **치매통합_치매입원비(1일-90일)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(「치매」의 정의 및 진단확정)의 「치매」로 진단확정 되고, 그 치매의 치료를 직접적인 목적으로 1일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
치매통합_치매입원비(1일-90일)	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(90일한도)

제2조(「최경증치매상태」 및 「경증알츠하이머치매상태」의 정의 및 진단확정)

① 「최경증치매상태」라 함은 피보험자가 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「최경증 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.

② 「경증알츠하이머치매상태」라 함은 피보험자가 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「알츠하이머치매 분류표」(【별표100】 참조)에 해당하는 알츠하이머 치매로 진단확정 받고 「경증 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.

③ 제1항에서 정한 「최경증 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 0.5점(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함

합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

④ 제2항에서 정한 「경증 인지기능의 장애」 라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 1점(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)

치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

⑤ 「최경증치매상태」 및 「경증알츠하이머치매상태」 의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

⑥ 제5항의 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(「아밀로이드베타 적응증 상태」의 정의)

① 「아밀로이드베타 적응증 상태」 라 함은 '아밀로이드베타(Aβ)' 단백질이 침착된 정도를 평가하기 위한 의학적 검사의 결과가 '양성(Positive)'인 상태를 말합니다. 단, 양전자방출단층술(PET)검사의 경우, 그 결과가 '30 센틸로이드(Centiloid) 이상'인 상태를 말합니다.

아밀로이드베타(Aβ 또는 Abeta)

알츠하이머 환자의 뇌에서 발견되는 아밀로이드 플라크의 주성분으로서 알츠하이머 병에 결정적으로 관여하는 36-43개의 아미노산 펩타이드를 의미합니다.

센틸로이드(Centiloid)

알츠하이머병 연구와 임상에서 뇌의 아밀로이드 플라크 침착량을 표준화하여 측정하는 정량적 척도이며 0~100의 범위를 가집니다.

② 「아밀로이드베타 적응증 상태」 의 판단은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 판단은 병력, 신경학적 검진과 함께 양전자방출단층술(PET), 뇌척수액검사, 혈액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

용어설명

[양전자 방출 단층술(PET)]
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제4조(「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」의 정의)

이 특별약관에 있어서 「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」라 함은 의료법 제3조(의료기관)의 의료기관에서 정한 정신건강의학과 또는 신경과의 전문의 자격을 가진 자가 침착된 '아밀로이드베타(Aβ)' 단백질을 제거하기 위해 사용하는 치료제로서, 식품의약품안전처에서 허가된 치료제를 말합니다.

아밀로이드베타 표적약물허가치료제 해당 성분명 안내

- 레카네맙(lecanemab)

※ 상기 치료제의 해당 성분명은 2025년 10월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소시 해당 내용이 변경될 수 있습니다.

제5조(「최경증이상치매상태」 및 「중등증이상치매상태」의 정의 및 진단확정)

① 「최경증이상치매상태」라 함은 피보험자가 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「최경증이상 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.

② 「중등증이상치매상태」라 함은 피보험자가 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「중등증이상 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.

③ 제1항에서 정한 「최경증이상 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 0.5점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

④ 제2항에서 정한 「중등증이상 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 2점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)

치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

⑤ 「최경증이상치매상태」 및 「중등증이상치매상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

⑥ 제5항의 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(「재가급여」 및 「복합재가급여」의 정의)

① 이 특별약관에서 「재가급여」라 함은 노인장기요양보험법 제15조(등급판정 등)에 의한 장기요양급여수급자(이하 "수급자"라 합니다)가 받을 수 있는 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제1호에서 정한 재가급여를 말합니다. 또한, 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제3항에서 정한 통합재가서비스를 통하여 이용하는 재가급여를 포함합니다.

② 제1항에서 재가급여의 종류는 다음 각 호와 같습니다.

1. 방문요양 : 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활등을 지원하는 장기요양급여
2. 방문목욕 : 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여
3. 방문간호 : 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(이하 "방문간호지시서"라 합니다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 및 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여
4. 주야간보호 : 수급자를 하루 중 일정 시간 동안 장기요양기관에 보호하면서 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
5. 단기보호 : 수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위 안에서 일정기간 동안 장기요양기관에 보호하면서 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
6. 기타재가급여 : 수급자의 일상생활·신체활동 지원 및 인지기능의 유지·향상에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정하는 것

유의사항

노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제3호의 규정에 의한 특별현금급여(가족요양비, 특례요양비, 요양병원 간병비)는 재가급여에 해당되지 않습니다.

③ 이 특별약관에서 「복합재가급여」라 함은 제2항에 따른 재가급여의 종류에서 「방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호(이하 '복합재가급여 대상 급여'라 합니다)」 중 2가지 종류 이상의 급여를 이용하는 경우를 말합니다.

④ '복합재가급여 대상 급여'를 이용하는 경우는 제1항의 '통합재가서비스'를 통하여 '복합재가급여 대상 급여'를 이용하는 경우를 포함합니다.

⑤ 제2항 제6호의 기타재가급여는 '복합재가급여 대상 급여'에 해당하지 않습니다.

제7조(「치매」의 정의 및 진단확정)

①「치매」라 함은 「치매 분류표」(【별표101】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

②「치매」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제8조(「치매 MRI/PET/CT 검사(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서 「치매 MRI/PET/CT 검사(급여)」이라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 컴퓨터단층촬영(CT)을 사용하는 촬영 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 「치매 MRI/PET/CT 검사(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[양전자방출단층촬영(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용 하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

③ 제2항에도 불구하고 요양급여 일부 본인부담 대상 기준에 해당되지 않아 요양급여 전액본인부담으로 산정된 경우에는 영상진단 및 방사선치료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로 보지 않습니다.
④ 제1항의「치매 MRI/PET/CT 검사(급여)」는 「MRI/PET/CT 검사(급여) 분류표」(【별표105】참조)에 해당하는 의료행위를 말합니다.

제9조(「혈관성치매」의 정의 및 진단확정)

①「혈관성치매」라 함은 피보험자가 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「혈관성 치매 분류표」(【별표102】참조)에 해당하는 혈관성치매로 분류되는 질병을 말합니다.
②「혈관성치매」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서(이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명 영상법(MRI), 뇌파검사, 뇌척수액 검사 등을 기초로 합니다)에 의합니다.

제10조(「급여 혈관성치매 치료약제」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「급여 혈관성치매 치료약제」라 함은 「혈관성치매」의 치료를 직접적인 목적으로 투약하는 약제 중「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 기준에 해당하는 약제를 말합니다.
②「급여 혈관성치매 치료약제」의 투약처방은 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 「혈관성치매」의 치료를 직접적인 목적으로 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.
③ 제1항의 「급여 혈관성치매 치료약제」라 함은 「약제급여 목록 및 급여상환금액표」에서 정한 분류번호가「114(해열,진통,소염제)」,「218(동맥경화용제)」,「219(기타의순환계용약)」,「333(혈액응고저지제)」,「339(기타의혈액 및 체액용약)」(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 「분류번호 찾아보기」에 준하는 분류번호)에 해당하는 약제 중 아래의 성분명을 가지는 약제를 말합니다.
   1. Aspirin
   2. Cilostazol
   3. Clopidogrel
   4. Ticlopidine
   5. Triflusal
   6. Warfarin
④ 제3항의「약제급여 목록 및 급여상환금액표」에서 정한 분류번호는 식품의약품안전처에서 정하는 “의약품 등 분류번호에 관한 규정”에 따라 분류됩니다.
⑤ 제1항 내지 제4항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」 또는 「약제급여 목록 및 급여상환금액표」의 개정에 따라 제3항의 “분류번호”가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.
⑥ 제1항 내지 제4항에도 불구하고, “요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침” 또는 “약제급여 목록 및 급여 상환금액표”의 개정으로 급여판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제3호의 지급사유 발생 당시의 “요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침” 또는 “약제 급여 목록 및 급여 상환금액표”에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제11조(「급여 특정치매 치료제」의 정의)

① 이 특별약관에서 「급여 특정치매 치료제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호'119(기타의 중추신경용약)'(예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우 '기타의 중추신경용약'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 식품의약품안전처에서 허가된 '효능·효과'항목에 치매의 치료제로 기재된 경우에 한하여 인정합니다. 다만, 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.

② 제1항의 「급여 특정치매 치료제」는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 처방한 약제로서 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여 항목이 발생한 경우를 말합니다.

③ 제1항에도 불구하고, 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제4호의 지급사유 발생 당시의 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

[급여 특정치매 치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내]

성분명은 '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다.

- 도네페질(Donepezil)
- 리바스티그민(rivastigmine)
- 갈란타민(galantamine)
- 메만틴(memantine)

※ 상기 치매치료제 해당 성분명은 2025년 4월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변경될 수 있습니다.

※ 상기 성분명에 해당하는 의약품이라 하더라도 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 급여 항목이 발생한 경우에만 「급여 특정치매 치료제」로 인정합니다.

[식품의약품안전처 허가 내 「효능·효과」확인 방법]

식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색

제12조(「치매의 직접적인 치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「치매의 직접적인 치료」라 함은 치매 진단을 위한 정밀검사(제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제5호의 「치매」 진단확정을 위한 정밀검사를 포함합니다)를 시행하는 경우, 치매 치료제 또는 치매의 증상 조절을 위한 약제를 투약하거나 투약을 변경하는 경우 또는 치매 증상 변화에 대한 검사를 시행하는 경우 등 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료를 말합니다.

② 제1항의「치매」의 직접적인 치료에는 치매의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 치매를 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「치매」의 직접적인 치료로 봅니다.

제13조(「통원」의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 「치매」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제14조(「치매CDR척도검사(급여)」의 정의 및 진단)

① 이 특별약관에 있어서 「치매CDR척도검사(급여)」라 함은 「치매CDR척도검사 분류표」(【별표95】 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 경우를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

[용어설명]

· CDR척도(CDR, Clinical dementia rating scale, 2001년)
치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

[용어설명]

[급여]

「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차에 따라 급여항목이 발생한 경우로 국민건강보험 공단부담금 및 본인부담금을 합한 금액을 말합니다.

[본인부담금]

본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액 본인부담금을 말합니다.

[비급여]

「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목을 포함합니다)을 말합니다.

② 제1항의 「치매CDR척도검사(급여)」는 「의사」에 의하여 「치매」의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 「의사」의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

③ 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 제1항의 「수가코드」가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

④ 제1항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제6호의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제15조(「MRI 검사」의 정의)

이 특별약관에 있어서「MRI 검사」라 함은,「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」의 투약 또는 투여를 받는 치료 과정 중 의사에 의하여 안전성 모니터링이 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 자기공명영상(MRI)를 사용하는 촬영 의료행위를 말합니다.

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

제16조(「입원」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다.)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관

에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

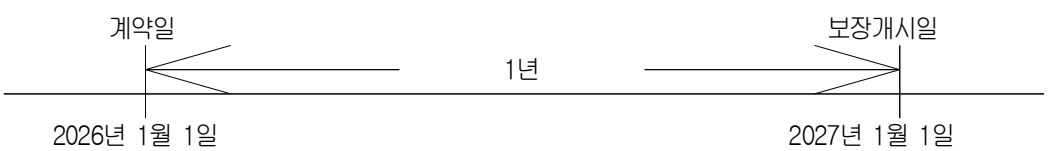
③ 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제17조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 최초계약의 경우
   가. 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호 내지 제7호 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날
   나. 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제8호 내지 제9호 : 보험계약일
2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

< 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호 내지 제7호의 보장개시일 >
(최초계약에 한함)

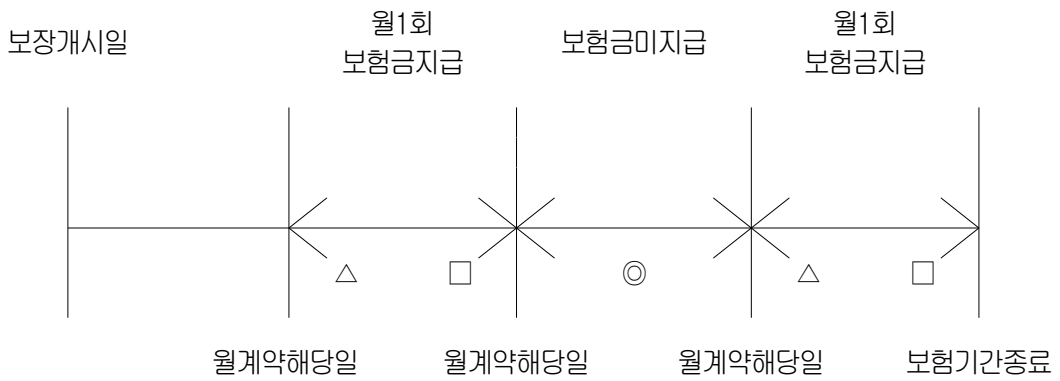


다만, 치매가 없는 상태에서 상해로 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 치매상태가 발생한 경우 계약일을 보장개시일로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호에서 월간이라 함은 「월계약해당일」부터 매1개월 단위로 도래하는 다음 월계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당월의 월계약해당일 이 없을 경우에는 해당월의 말일을 월계약해당일로 하고 이전 달의 월계약해당일부터 해당월의 말일까지를 기준으로 월1회를 계산합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호의 경우 보험기간이 끝난 후의 치매장기요양 1~5등급으로 인한 「복합재가급여」이용은 보장하지 않습니다.

【 치매통합_치매장기요양급여금(1~5등급, 복합재가급여) 지급예시 】



△ : 재가급여1 이용 □ : 재가급여2 이용 ◎ : 복합재가급여 이용안함

【 「복합재가급여」 예시 】

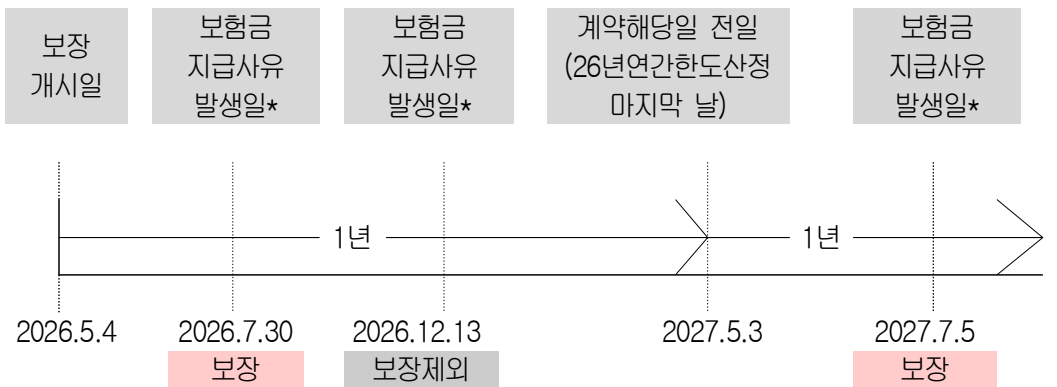
동일한 "월간" 내 "복합재가급여 대상 급여" 이용예시에 따른 「복합재가급여」 해당여부

재가급여1 이용	재가급여2 이용	복합재가급여 해당여부
방문요양	미이용	X
방문요양	방문간호	O
방문요양	통합재가서비스를 통한 방문요양	X
방문요양	통합재가서비스를 통한 방문간호	O
통합재가서비스를 통한 방문요양	통합재가서비스를 통한 방문간호	O

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호의 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호에 따라 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 장기요양등급 판정을 받았으나, 허위 또는 부당 판정 사실이 확인되는 경우 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제3호, 제4호, 제5호, 제6호 및 제8호의 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[연간1회한 보장예시]



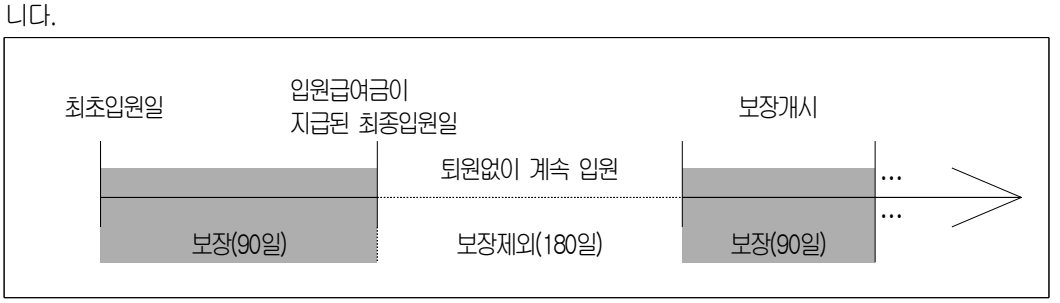
⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제5호의 경우 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간 12회를 한도로 지급합니다.

⑦ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제5호에서 '치매의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원'이란 의사에 의해 「치매」로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「치매」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「치매」를 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「치매」의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
다만 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「치매」로 진단된 경우에는 이는 「치매」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제9호의 치매통합_치매입원비(1일-90일) 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

⑨ 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 치매통합_치매입원비(1일-90일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

⑩ 다음과 같이 치매통합_치매입원비(1일-90일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 치매통합_치매입원비(1일-90일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑪ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제9호에 따라 치매통합_치매입원비(1일-90일)를 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제10항은 적용하지 않습니다.

⑫ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 치매통합_치매입원비(1일-90일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제18조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우, 아래 각 호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에도 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환이 영향을 미친 인지기능의 장애
2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호의 경우, 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호의 경우 회사는 피보험자가 노인장기요양보험법에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우에는 치매통합_치매 장기요양급여금(1~5등급, 복합재가급여)(월1회한)를 지급하지 않습니다.

노인장기요양보험법 제29조(장기요양급여의 제한)

① 공단은 장기요양급여를 받고 있는 자가 정당한 사유 없이 제15조제4항에 따른 조사나 제60조 또는 제61조에 따른 요구에 응하지 아니하거나 답변을 거절한 경우 장기요양급여의 전부 또는 일부를 제공하지 아니하게 할 수 있다.

② 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 장기요양기관이 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양급여비용을 받는 데에 가담한 경우 장기요양급여를 중단하거나 1년의 범위에서 장기요양급여의 횟수 또는 제공 기간을 제한할 수 있다.

③ 제2항에 따른 장기요양급여의 중단 및 제한 기준과 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제19조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
3. 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 각 세부보장별 아래의 각 목의 사고증명서를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
   가. 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호 : 진단서(CDR 또는 KCD코드 기입),「아밀로이드베타 적응증 상태」를 확인할 수 있는 검사결과지, 「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」투약 또는 투여를 확인할 수 있는 서류(진단서, 진료확인서, 소견서 등)
   나. 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제7호 : 진단서(CDR 또는 KCD코드 기입),「아밀로이드베타 적응증 상태」를 확인할 수 있는 검사결과지, 「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」투약 또는 투여를 확인할 수 있는 서류(진단서, 진료확인서, 소견서 등), 자기공명영상(MRI) 검사 소견서)
   다. 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호 : 장기요양인정서, 장기요양급여비용명세서, 장기요양급여

제공기록지, 장기요양급여 제공 확인서(회사양식)

라. 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제3호 내지 제6호 및 제8호 : 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재)(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다)

마. 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제3호 : 진단서(CDR 또는 KCD코드 기입), 「혈관성치매」를 확인할 수 있는 검사결과지, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함)

바. 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제4호 : 치매약물치료증명서(의약품 분류번호'119(기타의 중추신경용약)' 처방여부 및 의약품명이 기재된 서류(진단서, 의사소견서 또는 의사처방전(처방조제비)) 진료비계산서 등)

급여수가코드

급여수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

4. 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. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 및 제3호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관법에서 정한 의료기관 또는 노인장기요양보험법 제2조(정의) 제4항에서 규정한 장기요양기관에서 발급한 것이어야 합니다. 단, 장기요양인정서는 국민건강보험공단에서 발급한 것이어야 합니다.

제20조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 이 특별약관에서 아래 각 호의 경우 세부보장을 무효로 하며 이미 납입한 세부보장의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 세부보장이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호 및 제7호 : 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제5조(「최경증이상치매상태」 및 「중등증이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「최경증이상치매상태」로 진단 확정되어 있는 경우
2. 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호, 제5호 및 제6호 : 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제7조(「치매」의 정의 및 진단확정)의 「치매」로 진단확정된 경우
3. 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제3호 : 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제9조(「혈관성치매」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「혈관성치매」로 진단확정된 경우
4. 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제4호 : 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제11조(「급여 특정치매 치료제」의 정의)에서 정한 「급여 특정치매 치료제」를 처방받은 경우

제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제22조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호의 경우 치매통합_표적치매약물허가치료비II(최경증치매·경증알츠하이머치매) 각 세부보장에 해당하는 지급사유 또는 가 발생한 경우에는 해당 세부보장은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 소멸되는 부분에 대한 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제7호의 경우 치매통합_표적치매약물허가치료 중 MRI 검사지원비(3회한)의 3회차 보험금이 지급된 경우에는 해당 특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는 소멸되는 부분에 대한 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호 및 제7호의 경우 피보험자가 보험계약일로부터 제17조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일의 이후에 제5조(「최경증이상치매상태」 및 「중등증이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「중등증이상치매상태」로 진단 확정된 경우에는 이 세부보장도 소멸되며 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 「중등증이상치매상태」로 진단 확정 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

④ 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제23조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제6장. 제도성 특별약관 중 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제24조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

90. 암주요치료비IV(유사암제외)(치료별) 특별약관

90-1. 암주요치료비IV(유사암제외)(치료별)(통합간편가입형) 특별약관
90-2. 암주요치료비IV(유사암제외)(치료별) 특별약관

90-1 및 90-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 암주요치료비IV(유사암제외)(치료별) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 암 주요치료III(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 항암호르몬약물치료, 암중환자실치료)를 받은 경우에는 각 세부보장별 지급횟수에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
암주요치료비IV(유사암제외)(치료별)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장 및 지급횟수는 아래와 같습니다.

세부보장	지급횟수
암주요치료비IV(유사암제외)_암수술비(수술당) 보장	수술1회당
암주요치료비IV(유사암제외)_항암방사선치료비(연간1회한) 보장	연간1회한
암주요치료비IV(유사암제외)_항암약물치료비(호르몬치료제외)(연간1회한) 보장	연간1회한
암주요치료비IV(유사암제외)_항암호르몬약물치료비(연간1회한) 보장	연간1회한
암주요치료비IV(유사암제외)_암중환자실치료비(종합병원)(연간1회한) 보장	연간1회한

제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제2항의 「암」에서 제3항의 「유사암」을 제외한 암을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.

다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

1. 「갑상선암」이라 함은 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 【별표13-2】 「제자리신생물 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 【별표13-3】 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있

음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조(「암 주요치료Ⅲ」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 주요치료Ⅲ」라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 항암호르몬약물치료, 암중환자실치료를 말합니다.

②「암 주요치료Ⅲ」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. 단순 호르몬제 치료(다만, 호르몬성 항암치료는 「암 주요치료Ⅲ」에 포함됩니다)

단순 호르몬제 치료
암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.
가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 「암 주요치료Ⅲ」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

제4조(「암수술」등의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술」이라 함은 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑥ 제1항 내지 제2항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」 등의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

③「항암약물치료(호르몬치료제외)」라 함은 제2항에서 정한「항암약물치료」중에서 제4항에서 정한 「항암호르몬약물치료」를 제외한 치료를 말합니다.

④「항암호르몬약물치료」라 함은 제2항에서 정한 「항암약물치료」 중에서 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 "호르몬성 항암제"를 말합니다.

1. 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"에서 정한 약효분류번호 421(항악성종양제), 617(주로 악성종양에 작용하는 것)에 해당하는 약제
2. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계에 따라 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터(KPIS)에서 부여한 국내 의약품 ATC코드에서 L02(항악성종양제 및 면역조절제 중 내분비 치료제)에 해당하는 약제

호르몬성 항암제
호르몬의 작용을 억제하거나 조절하여 암세포의 성장을 억제하는 약물

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고, 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"의 개정에 따라 제4항 제1호의 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

⑥ 제4항 제2호에도 불구하고, 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계의 개정으로 제4항 제2호의 "ATC코드"가 폐지 또는 변경되거나, 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터에서 국내 의약품에 대하여 "ATC코드"를 부여하지 않아 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 기준을 따릅니다.

제6조(「암중환자실치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「암중환자실치료」라 함은 의사에 의하여 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「암(유사암제외)」으로 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

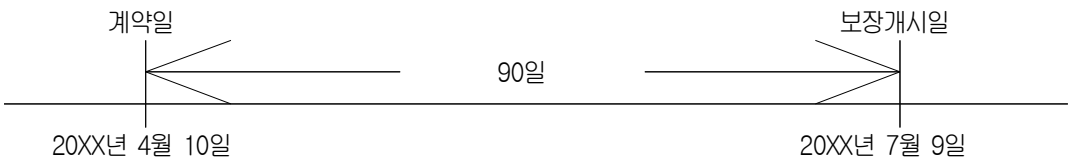
② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 암주요치료비Ⅳ(유사암제외)(치료별)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을

포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

< 암주요치료비IV(유사암제외)(치료별)의 보장개시일 >

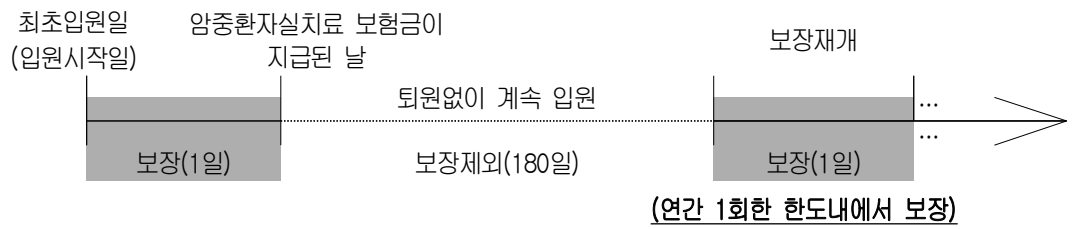


② 제1조(보험금의 지급사유)의 「암중환자실치료」는 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)의 「암중환자실치료」는 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「암(유사암제외)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암(유사암제외)」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「암(유사암제외)」으로 진단된 경우에는 이는 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

④ 피보험자가 동일한 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「암(유사암제외)」에 대한 입원이라도 암중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시] 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



⑤ 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	-
2026.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2026.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2027.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

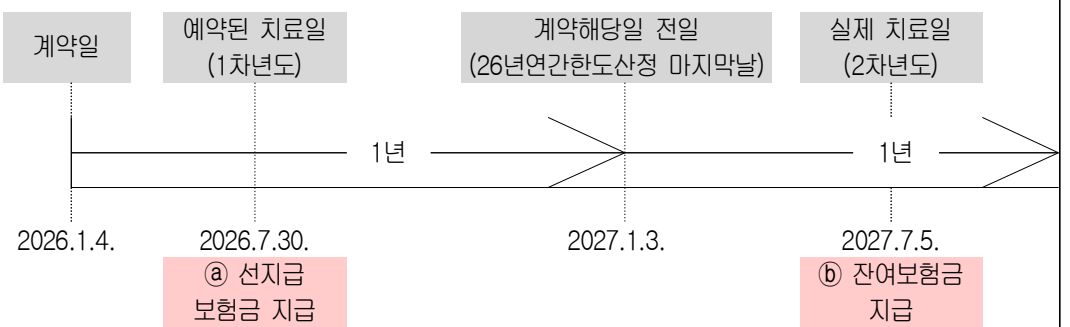
⑥ 피보험자가 종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.
⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 암중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑩ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제7조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단 확정되고 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 암 주요치료III를 받기 위해 치료일자 예약 후 제7조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다. 단, 암 주요치료III 중 암중환자실치료 및 항암호르몬약물치료는 「선지급 보험금」지급대상에서 제외합니다.
② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.
③「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.
⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.
1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우
⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시(지급횟수가 연간1회한 보장) 】



ⓐ 선지급 보험금 : 연간1회한 보장의 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입

ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제7조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(유사암제외)으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제11조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

91. 특정3대심장질환진단비 특별약관

91-1. 특정3대심장질환진단비(통합간편가입형) 특별약관
91-2. 특정3대심장질환진단비 특별약관

91-1 및 91-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 특정3대심장질환진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「특정3대심장질환」의 정의 및 진단확정)의 「특정3대심장질환」으로 진단 확정된 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
특정3대심장질환진단비	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「특정3대심장질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정3대심장질환」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「특정3대심장질환 분류표」(【별표62】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항 「특정3대심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야

하며, 이 진단은 병력과 함께 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.

가. 보험기간 중 「특정3대심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「특정3대심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

다만, 회사가 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

92. 혈전용해치료비(급여_연간1회한) 특별약관

92-1. 혈전용해치료비(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관

92-2. 혈전용해치료비(급여_연간1회한) 특별약관

92-1 및 92-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 혈전용해치료비(급여_연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「혈전용해치료(급여)」의 정의)의 「혈전용해치료(급여)」를 받은 경우 연간1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
혈전용해치료비 (급여_연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「혈전용해치료(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서 「혈전용해치료(급여)」라 함은 진료비세부내역서상「혈전용해치료(급여) 분류표」(【별표63】 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 말합니다.

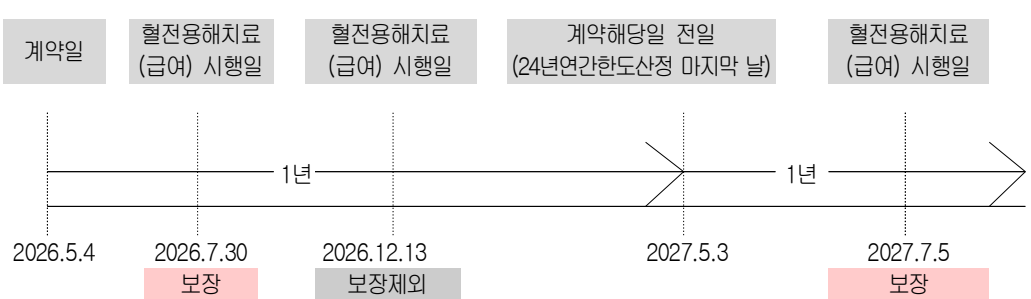
② 제1항의 「혈전용해치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 「혈전용해치료(급여)」 의료행위를 받은 날로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[연간1회한 보장예시]



제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

93. 암후유장해(3~100%) 특별약관

93-1. 암후유장해(3~100%)(통합간편가입형) 특별약관
93-2. 암후유장해(3~100%) 특별약관

93-1 및 93-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 암후유장해(3~100%)보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」, 「갑상선암」 및 「기타피부암」의 정의 및 진단 확정)의 「암(갑상선암, 기타피부암 포함)」으로 진단이 확정되고 그 암(갑상선암, 기타피부암 포함)으로 인하여 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(이하 「후유장해」라고 합니다)되어 「장해 분류표」(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 3%이상 100%이하에 해당하는 후유장해상태가 되었을 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액	
암후유장해(3~100%)보험금	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 「장해분류표」에서 정한 장해지급률 × 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 「장해분류표」에서 정한 장해지급률

제2조(「암」, 「갑상선암」 및 「기타피부암」의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2.「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3.「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「암(갑상선암, 기타피부암 포함)」이라 함은 제1항의 「암」, 「갑상선암」 및 「기타피부암」을 포함한 암을 말합니다.

③ 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

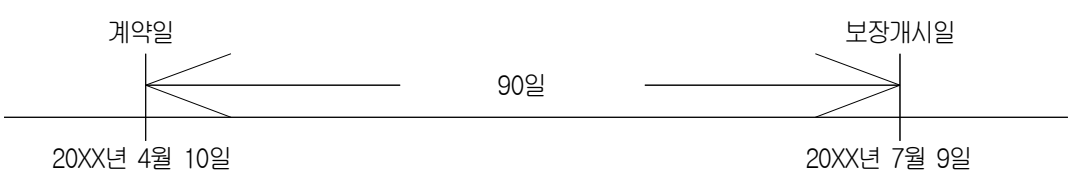
④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「갑상선암」 및 「기타피부암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 암후유장해(3~100%)의 보장개시일은 다음을 따릅니다.
- 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(단, 갑상선암, 기타피부암에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다)

< 암후유장해(3~100%)의 보장개시일 >
(단, 갑상선암, 기타피부암은 제외)



② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 장해지급률이 「암(갑상선암, 기타피부암 포함)」의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 「암(갑상선암, 기타피부암 포함)」의 진단 확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 「장해분류표」에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내

④ 「장해분류표」에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 「장해분류표」의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑥ 같은 「암(갑상선암, 기타피부암 포함)」으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다른 「암(갑상선암, 기타피부암 포함)」으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

예시 : 암후유장해(3~100%) 가입금액 100만원 ○ 동일한 부위에 다른 질병으로 다음과 같이 진단을 받은 경우(계약일로부터 1년이후 발생시) · 하나의 「암(갑상선암, 기타피부암 포함)」으로 5%후유장해 진단시 ⇒ 5%에 해당하는 보험금 지급 (5만원) · 또 다른 「암(갑상선암, 기타피부암 포함)」으로 인해 동일한 부위에 60%후유장해 진단시 ⇒ 60%후유장해에 해당하는 보험금과 5%후유장해에 해당하는 보험금의 차액 지급 (60만원 - 5만원 = 55만원)

⑧ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단 확정된 「암(갑상선암, 기타피부암 포함)」으로 인한 후유장해보험금은 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암」, 「갑상선암」 및 「기타피부암」의 정의 및 진단 확정)에서 정한 「암」(갑상선암, 기타피부암은 제외합니다)로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와

회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

94. 혈전용해치료비(연간1회한) 특별약관

94-1. 혈전용해치료비(연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관
94-2. 혈전용해치료비(연간1회한) 특별약관

94-1 및 94-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 혈전용해치료비(연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「뇌경색증(I63)」의 정의 및 진단확정)의 「뇌경색증(I63)」 또는 제3조(「급성심근경색증(I21)」의 정의 및 진단확정)의 「급성심근경색증(I21)」으로 진단확정 되고, 제4조 (「혈전용해치료」의 정의)의 「혈전용해치료」를 받은 경우 세부보장별 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
혈전용해치료비 (연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

보 장
뇌경색증 혈전용해치료비(연간 1회한) 급성심근경색증 혈전용해치료비(연간 1회한)

제2조(「뇌경색증(I63)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「뇌경색증(I63)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 I63(뇌경색증)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「뇌경색증(I63)」의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 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

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]
Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]
Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]
뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]
Single Photon Emission Computed Tomography. X선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제3조(「급성심근경색증(I21)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「급성심근경색증(I21)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 I21(급성심근경색증)에 해당하는 질병을 말합니다.
② 제1항의 「급성심근경색증(I21)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「급성심근경색증(I21)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
가. 보험기간 중 「급성심근경색증(I21)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증(I21)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 의사(치과의사 및 한의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자가 피보험자의 「뇌경색증(I63)」 및 「급성심근경색증(I21)」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 「뇌혈관」 및 「심혈관」 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 「뇌혈관」 및 「심혈관」부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 혈전용해제 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

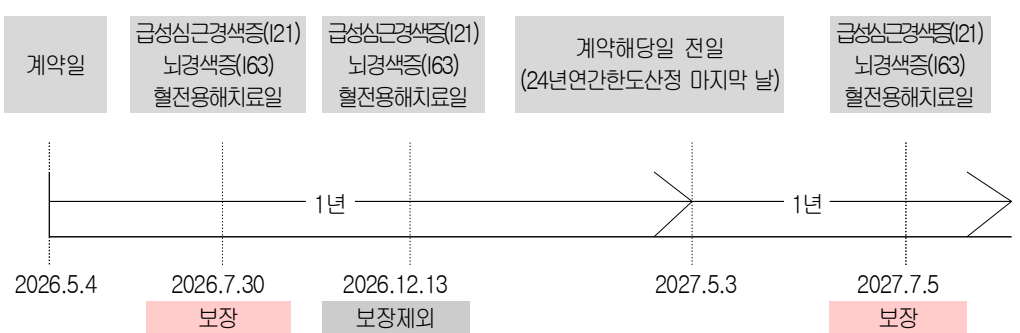
③ 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 급성심근경색증(I21) 또는 뇌경색증(I63) 혈전용해 의료행위를 받은 날로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[연간1회한 보장예시]



제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

95. 혈전용해치료비Ⅱ(1회한) 특별약관

95-1. 혈전용해치료비Ⅱ(1회한)(통합간편가입형) 특별약관
95-2. 혈전용해치료비Ⅱ(1회한) 특별약관

95-1 및 95-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 혈전용해치료비Ⅱ(1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「뇌졸중」의 정의 및 진단확정)의 「뇌졸중」 또는 제3조(「특정허혈성심질환」의 정의 및 진단확정)의 「특정허혈성심질환」으로 진단확정 되고, 제4조 (「혈전용해치료」의 정의)의 「혈전용해치료」를 받은 경우 세부보장별 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
혈전용해치료비Ⅱ (1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

보 장
뇌졸중 혈전용해치료비(1회한) 특정허혈성심질환 혈전용해치료비(1회한)

제2조(「뇌졸중」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표17】 참조)에 해당하는 1. 거미막하출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항의 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 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

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]
Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]
Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]
뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]
Single Photon Emission Computed Tomography. X선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제3조(「특정허혈성심질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정허혈성심질환」이라 함은 「특정허혈성심질환 분류표」(【별표64】 참조)에 해당하는 1. 협심증, 2. 급성심근경색증, 3. 후속심근경색증, 4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증, 5. 오래된 심근경색증에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「특정허혈성심질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「특정허혈성심질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「특정허혈성심질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 의사(치과의사 및 한의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자가 피보험자의 「뇌졸중」(「뇌졸중 분류표」(【별표17】 참조)에 해당하는 1. 거미막하출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착으로 분류되는 질병) 및 「특정허혈성심질환 분류표」((【별표64】 참조)에 해당하는 1. 협심증, 2. 급성심근경색증, 3. 후속심근경색증, 4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증, 5. 오래된 심근경색증에 해당하는 질병)의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 「뇌혈관」 및 「심혈관」 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 「뇌혈관」 및 「심혈관」부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 혈전용해제 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규

정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 각각의 세부보장에 해당하는 보험금을 지급한 경우에 각각에 대한 회사의 보상책임은 소멸하며, 회사는 소멸되는 부분에 대한 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유) 혈전용해치료비Ⅱ(1회한)의 세부보장별 지급사유가 모두 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

96. 혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한) 특별약관

96-1. 혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관
96-2. 혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한) 특별약관

96-1 및 96-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「뇌졸중」의 정의 및 진단확정)의 「뇌졸중」또는 제3조(「특정허혈성심질환」의 정의 및 진단확정)의 「특정허혈성심질환」으로 진단확정 되고, 제4조 (「혈전용해치료」의 정의)의 「혈전용해치료」를 받은 경우 세부보장별 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
혈전용해치료비Ⅱ (연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

보 장
뇌졸중 혈전용해치료비(연간1회한) 특정허혈성심질환 혈전용해치료비(연간1회한)

제2조(「뇌졸중」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표17】 참조)에 해당하는 1. 거미막하출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항의 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 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

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]

Single Photon Emission Computed Tomography. X선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제3조(「특정허혈성심질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정허혈성심질환」이라 함은 「특정허혈성심질환 분류표」(【별표64】 참조)에 해당하는 1. 협심증, 2. 급성심근경색증, 3. 후속심근경색증, 4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증, 5. 오래된 심근경색증에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「특정허혈성심질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상

기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「특정허혈성심질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「특정허혈성심질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 의사(치과의사 및 한의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자가 피보험자의 「뇌졸중」(「뇌졸중 분류표」(【별표17】 참조)에 해당하는 1. 거미막하출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착으로 분류되는 질병) 및 「특정허혈성심질환 분류표」((【별표64】 참조)에 해당하는 1. 협심증, 2. 급성심근경색증, 3. 후속심근경색증, 4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증, 5. 오래된 심근경색증에 해당하는 질병)의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 「뇌혈관」 및 「심혈관」 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 「뇌혈관」 및 「심혈관」부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 혈전용해제 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

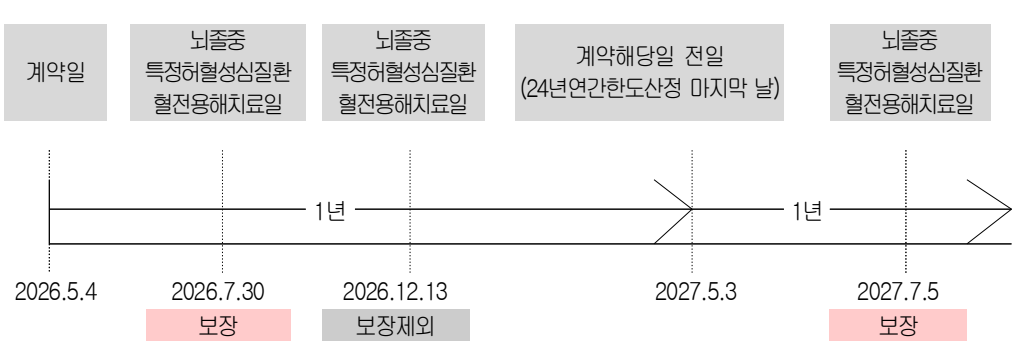
③ 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 뇌졸중 또는 특정허혈성심질환 혈전용해 의료행위를 받은 날로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[연간1회한 보장예시]



제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서

정하는 바에 따라 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

97-1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,한도이연형)(통합간편가입형) 특별약관

97-1-1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,한도이연형)(통합간편가입형) 특별약관

97-1-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,한도이연형) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「순환계질환(특정질병제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」의 정의)에서 정한「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」(수술(혈전제거제외), 혈전제거치료, 혈전용해치료, 중환자실 치료)를 받은 경우에는 제8조(「연간 보장 한도」의 정의)에서 정한「연간 보장 한도」에 따라 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비 (연간1회한,한도이연형)	계약일로부터 90일 미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	계약일로부터 90일 이상 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「순환계질환(특정질병제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 분류표」(【별표84】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서「특정질병」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서「특정순환계질환Ⅱ 분류표」(【별표85】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③「순환계질환(특정질병제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 혈액검사(혈액 중 심장효소검사 등), 뇌척수액 검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가「순환계질환(특정질병제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서

화된 기록 또는 증거가 있는 경우
나. 부검감정서상 사인이「순환계질환(특정질병제외)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」의 정의)

이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」라 함은「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「수술(혈전제거제외)」을 받은 경우
2.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전제거치료」를 받은 경우
3.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우
4.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「중환자실 치료」를 받은 경우

제4조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.
③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
8. 혈관 조영술, 중심정맥관 삽입술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「혈전제거치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전제거치료」라 함은 의사가 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.
②「혈전제거술」이라 함은 “혈관으로부터 혈전을 제거하는 것”을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제6조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사가「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으

로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항의「혈전용해제」라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항의「혈전용해제」를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은「혈전용해치료」에서 제외됩니다.

제7조(「중환자실 치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「중환자실 치료」라 함은 의사에 의하여「순환계질환(특정질병제외)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에「순환계질환(특정질병제외)」으로 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

③ 제1항의「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제8조(「연간 보장 한도」의 정의)

① 이 특별약관에서「연간 보장 한도」라 함은, 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급받을 수 있는 연간 보장 횟수를 의미합니다.

② 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

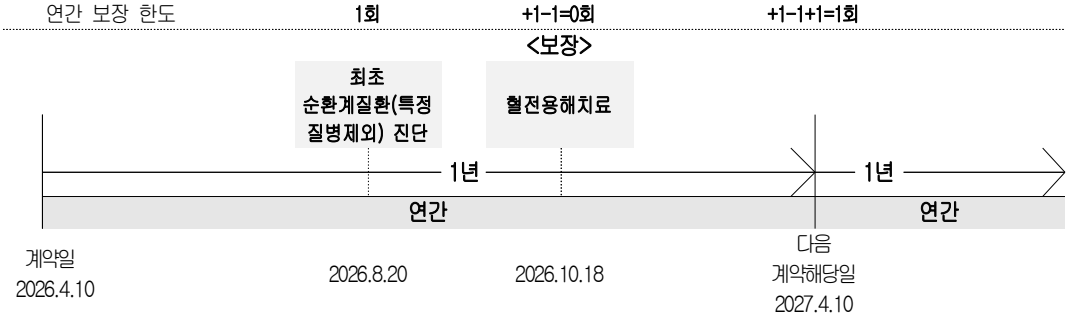
③ 「연간 보장 한도」는 「순환계질환(특정질병제외)」으로 최초 진단 확정시부터 연간 1회씩 발생하며, 연간 보험금 지급에 사용되지 않은 「연간 보장 한도」는 다음 보험년도로 이연(移延)됩니다.

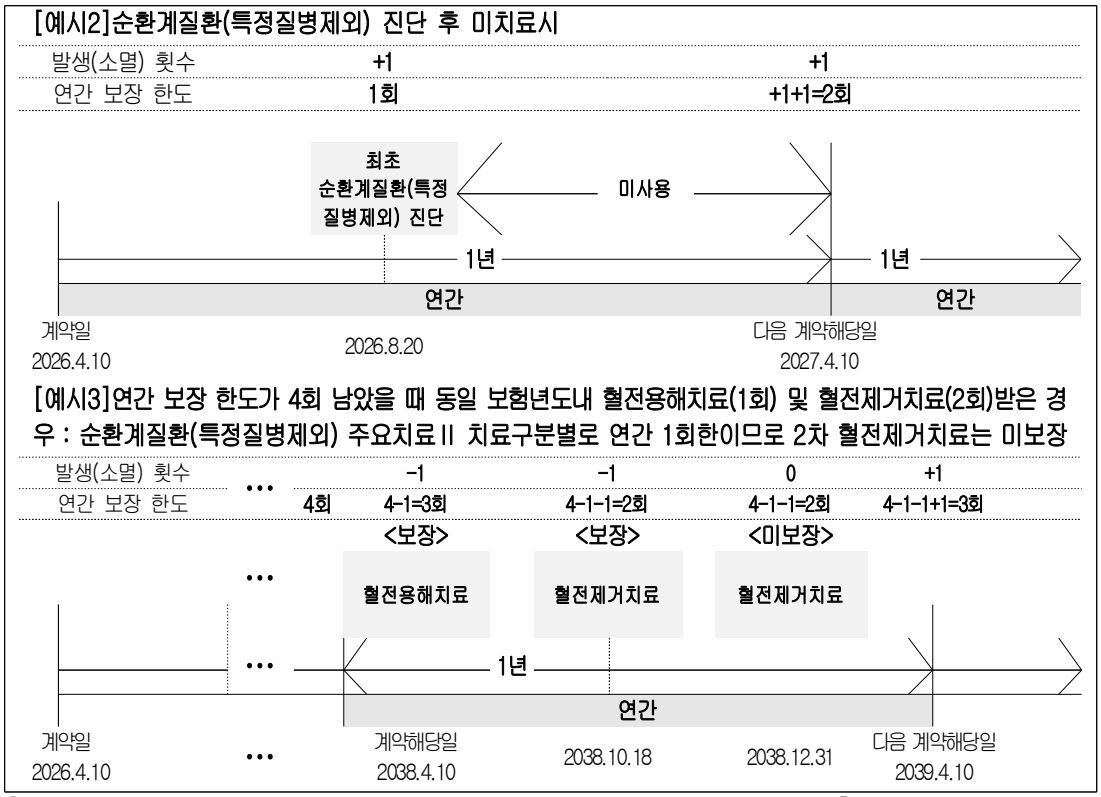
④ 제3항에 따른 「연간 보장 한도」는 최대 5회이며, 순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ(수술(혈전제거제외), 혈전제거치료, 혈전용해치료, 중환자실 치료) 치료구분별로 연간 1회를 한도로 보험금을 지급합니다.

⑤ 순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ(수술(혈전제거제외), 혈전제거치료, 혈전용해치료, 중환자실 치료)를 받은 경우에는 「연간 보장 한도」에서 차감하며, 남은 「연간 보장 한도」가 없는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

[예시1]순환계질환(특정질병제외) 진단 후 혈전용해치료시

발생(소멸) 횟수	+1	-1	+1
연간 보장 한도	1회	+1-1=0회	+1-1+1=1회





⑥ 제1항 내지 제5항에도 불구하고 이 특별약관의 보험기간이 끝난 경우에는 남은「연간 보장 한도」는 소멸합니다.

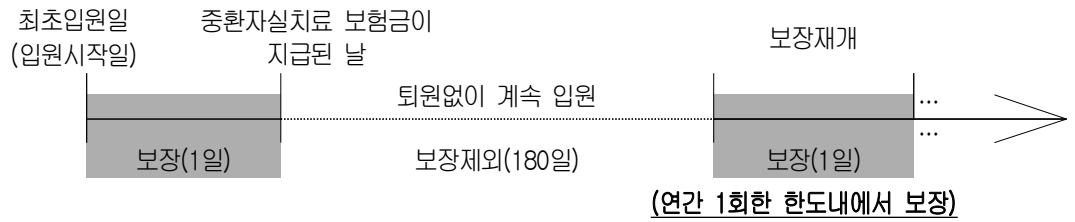
제9조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실 치료」는 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실 치료」는 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「순환계질환(특정질병제외)」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단된 경우에는 이는 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」에 대한 입원이라도 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시] 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



④ 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	-
2026.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2026.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2027.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑤ 피보험자가 종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ를 받기 위해 치료일자 예약 후 제9조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다. 단, 순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ 중 중환자실 치료는 「선지급 보험금」지급대상에서 제외합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

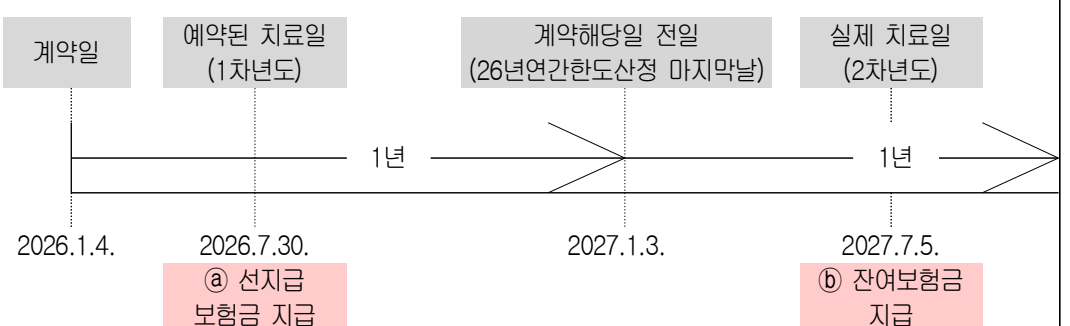
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제10조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시 】



ⓐ 선지급 보험금 : 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입
ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제9조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의

인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제11조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

97-2. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,한도이연형) 특별약관

97-2-1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,한도이연형) 특별약관

97-2-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,한도이연형) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「순환계질환(특정질병제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단확정되고 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」의 정의)에서 정한「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」(수술(혈전제거제외), 혈전제거치료, 혈전용해치료, 중환자실 치료)를 받은 경우에는 제8조(「연간 보장 한도」의 정의)에서 정한「연간 보장 한도」에 따라 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비 (연간1회한,한도이연형)	계약일로부터 90일 미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	계약일로부터 90일 이상 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「순환계질환(특정질병제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 분류표」(【별표84】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서「특정질병」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서「특정순환계질환II 분류표」(【별표85】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③「순환계질환(특정질병제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 혈액검사(혈액 중 심장효소검사 등), 뇌척수액 검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가「순환계질환(특정질병제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이「순환계질환(특정질병제외)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료II」의 정의)

이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외) 주요치료II」라 함은「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「수술(혈전제거제외)」을 받은 경우
2.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전제거치료」를 받은 경우
3.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우
4.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「중환자실 치료」를 받은 경우

제4조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
8. 혈관 조영술, 중심정맥관 삽입술

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「혈전제거치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전제거치료」라 함은 의사가 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.
② 「혈전제거술」이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제6조(「혈전용해치료」의 정의)

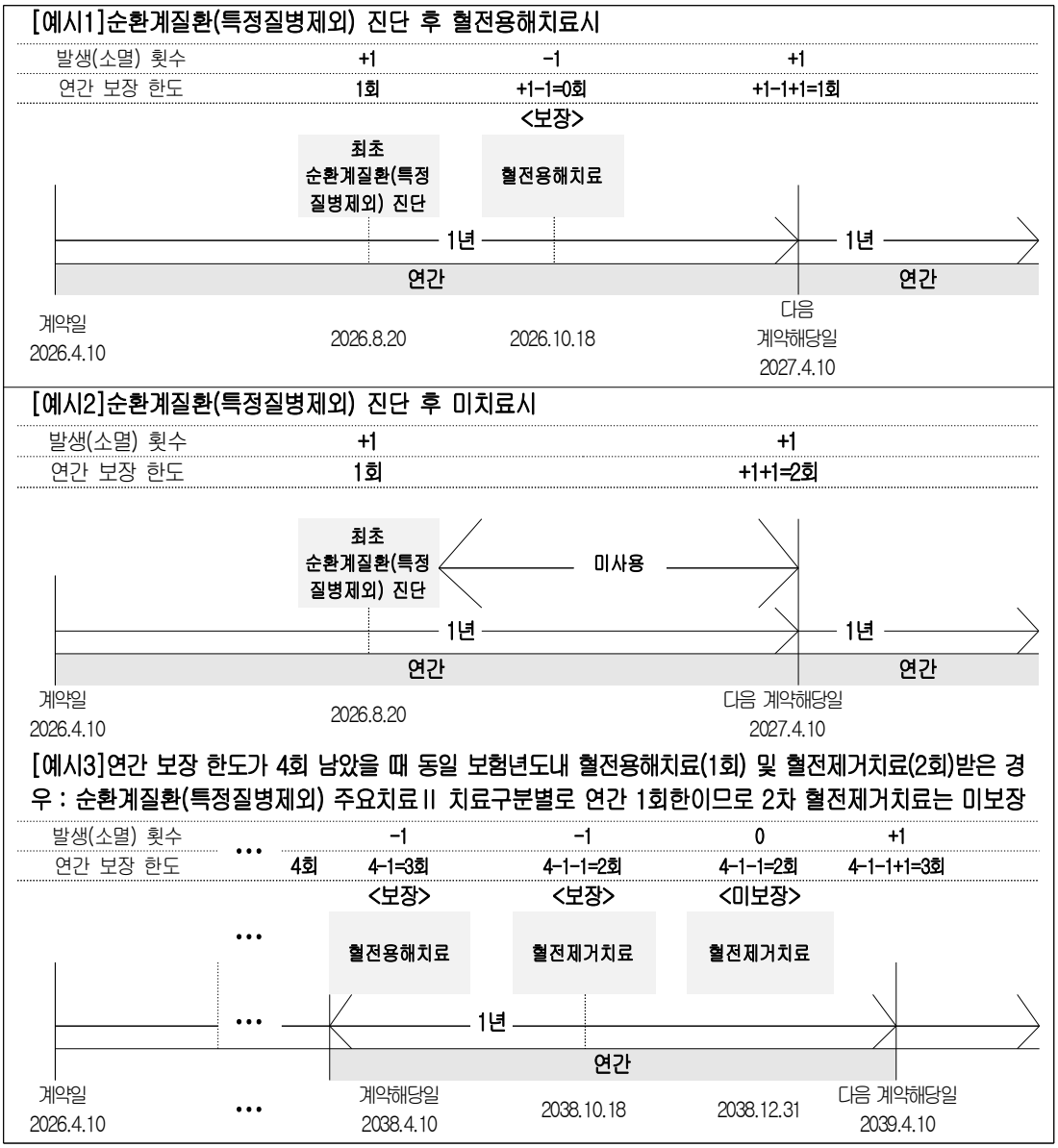
① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사가「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
② 제1항의「혈전용해제」라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.
③ 제2항의「혈전용해제」를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은「혈전용해치료」에서 제외됩니다.

제7조(「중환자실 치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「중환자실 치료」라 함은 의사에 의하여「순환계질환(특정질병제외)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에「순환계질환(특정질병제외)」으로 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.
② 제1항의 중환자실이라 함은「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.
③ 제1항의「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제8조(「연간 보장 한도」의 정의)

① 이 특별약관에서「연간 보장 한도」라 함은, 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급받을 수 있는 연간 보장 횟수를 의미합니다.
② 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
③ 「연간 보장 한도」는 「순환계질환(특정질병제외)」으로 최초 진단 확정시부터 연간 1회씩 발생하며, 연간 보험금 지급에 사용되지 않은 「연간 보장 한도」는 다음 보험년도로 이연(移延)됩니다.
④ 제3항에 따른 「연간 보장 한도」는 최대 5회이며, 순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ(수술(혈전제거제외), 혈전제거치료, 혈전용해치료, 중환자실 치료) 치료구분별로 연간 1회를 한도로 보험금을 지급합니다.
⑤ 순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ(수술(혈전제거제외), 혈전제거치료, 혈전용해치료, 중환자실 치료)를 받은 경우에는 「연간 보장 한도」에서 차감하며, 남은 「연간 보장 한도」가 없는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.



⑥ 제1항 내지 제5항에도 불구하고 이 특별약관의 보험기간이 끝난 경우에는 남은「연간 보장 한도」는 소멸합니다.

제9조(보험금 지급에 관한 세부규정)

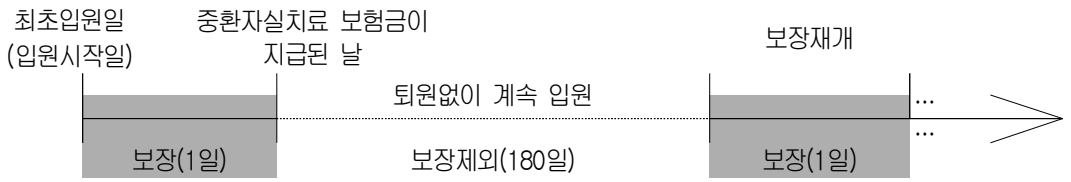
① 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실 치료」는 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실 치료」는 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「순환계질환(특정질병제외)」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단된 경우에는 이는 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원

으로 봅니다. 그러나 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」에 대한 입원이라도 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시] 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



(연간 1회한 한도내에서 보장)

④ 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	-
2026.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2026.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2027.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑤ 피보험자가 종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제9조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단 확정되고 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ를 받기 위해 치료일자 예약 후 제9조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다. 단, 순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ 중 중환자실치료는 「선지급 보험금」지급대상에서 제외합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원

을 한도로 합니다.

③ 「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

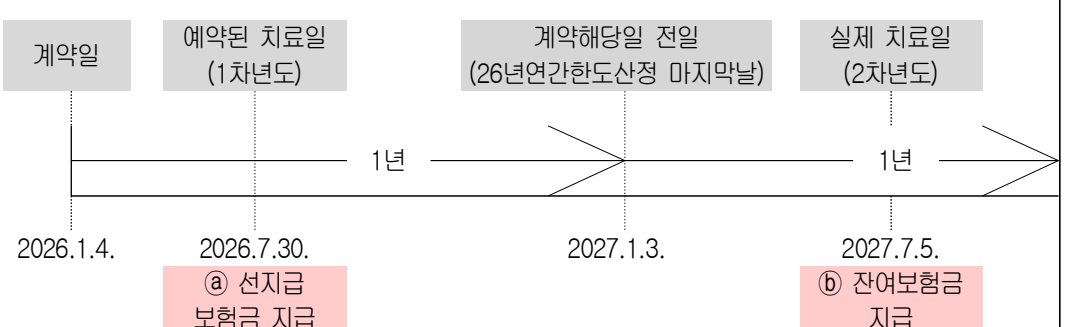
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제10조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시 】



ⓐ 선지급 보험금 : 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입
ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제9조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제11조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

98-1. 상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,한도이연형)(통합간편가입형) 특별약관

98-1-1. 상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,한도이연형)(통합간편가입형) 특별약관

98-1-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,한도이연형) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「순환계질환(특정질병제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「상급종합병원」에서 제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」의 정의)에서 정한「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」(수술(혈전제거제외), 혈전제거치료, 혈전용해치료, 중환자실 치료)를 받은 경우에는 제9조(「연간 보장 한도」의 정의)에서 정한「연간 보장 한도」에 따라 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비 (연간1회한,한도이연형)	계약일로부터 90일 미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	계약일로부터 90일 이상 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「순환계질환(특정질병제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 분류표」(【별표84】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서「특정질병」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서「특정순환계질환Ⅱ 분류표」(【별표85】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③「순환계질환(특정질병제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 혈액검사(혈액 중 심장효소검사 등), 뇌척수액 검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가「순환계질환(특정질병제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이「순환계질환(특정질병제외)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」의 정의)

이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」라 함은「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「수술(혈전제거제외)」을 받은 경우
2.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전제거치료」를 받은 경우
3.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우
4.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「중환자실 치료」를 받은 경우

제4조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)

2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
8. 혈관 조영술, 중심정맥관 삽입술

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「혈전제거치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전제거치료」라 함은 의사가 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.
② 「혈전제거술」이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제6조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사가「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
② 제1항의「혈전용해제」라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.
③ 제2항의「혈전용해제」를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은「혈전용해치료」에서 제외됩니다.

제7조(「중환자실 치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「중환자실 치료」라 함은 의사에 의하여「순환계질환(특정질병제외)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에「순환계질환(특정질병제외)」으로 「상급종합병원」의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.
② 제1항의 중환자실이라 함은「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제8조(「상급종합병원」의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]
① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

2. 제77조 제1항에 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.

제9조(「연간 보장 한도」의 정의)

① 이 특별약관에서「연간 보장 한도」라 함은, 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급받을 수 있는 연간 보장 횟수를 의미합니다.

② 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

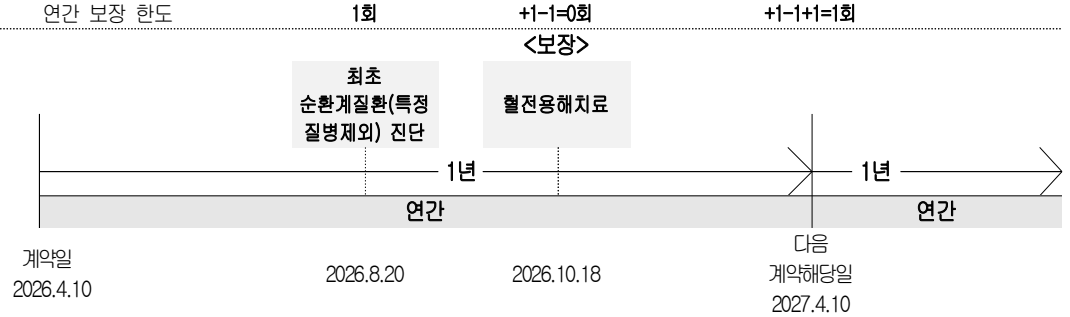
③ 「연간 보장 한도」는 「순환계질환(특정질병제외)」으로 최초 진단 확정시부터 연간 1회씩 발생하며, 연간 보험금 지급에 사용되지 않은 「연간 보장 한도」는 다음 보험년도로 이연(移延)됩니다.

④ 제3항에 따른 「연간 보장 한도」는 최대 5회이며, 순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ(수술(혈전제거제외), 혈전제거치료, 혈전용해치료, 중환자실 치료) 치료구분별로 연간 1회를 한도로 보험금을 지급합니다.

⑤ 순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ(수술(혈전제거제외), 혈전제거치료, 혈전용해치료, 중환자실 치료)를 받은 경우에는 「연간 보장 한도」에서 차감하며, 남은 「연간 보장 한도」가 없는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

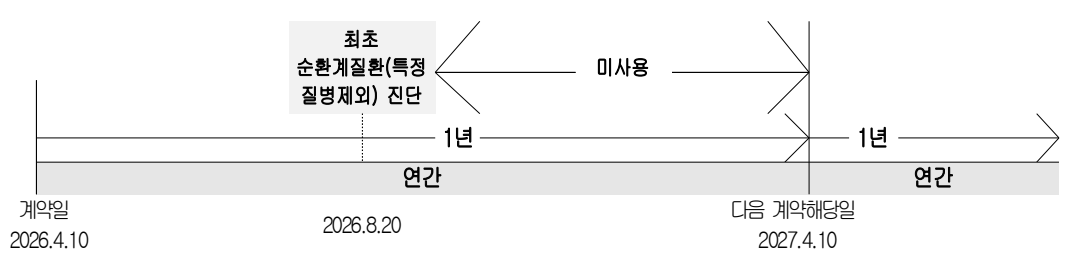
[예시1]순환계질환(특정질병제외) 진단 후 혈전용해치료시

발생(소멸) 횟수	+1	-1	+1
연간 보장 한도	1회	+1-1=0회	+1-1+1=1회

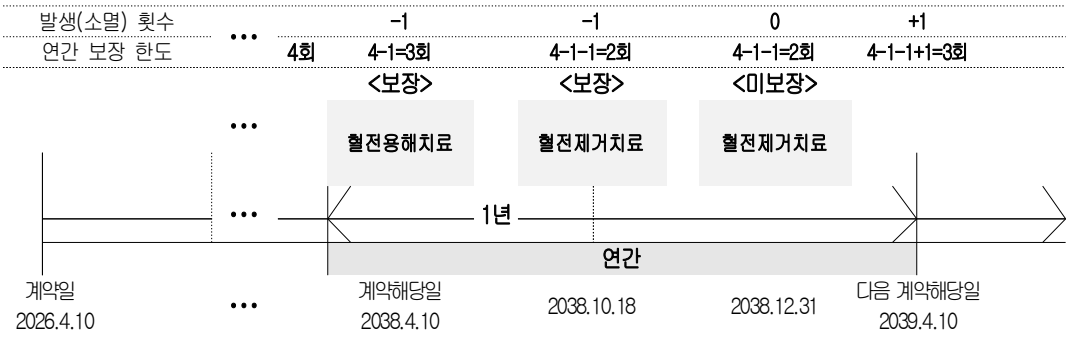


[예시2]순환계질환(특정질병제외) 진단 후 미치료시

발생(소멸) 횟수	+1	+1
연간 보장 한도	1회	+1+1=2회



[예시3]연간 보장 한도가 4회 남았을 때 동일 보험년도내 혈전용해치료(1회) 및 혈전제거치료(2회)받은 경우 : 순환계질환(특정질병제외) 주요치료II 치료구분별로 연간 1회한이므로 2차 혈전제거치료는 미보장



⑥ 제1항 내지 제5항에도 불구하고 이 특별약관의 보험기간이 끝난 경우에는 남은「연간 보장 한도」는 소멸합니다.

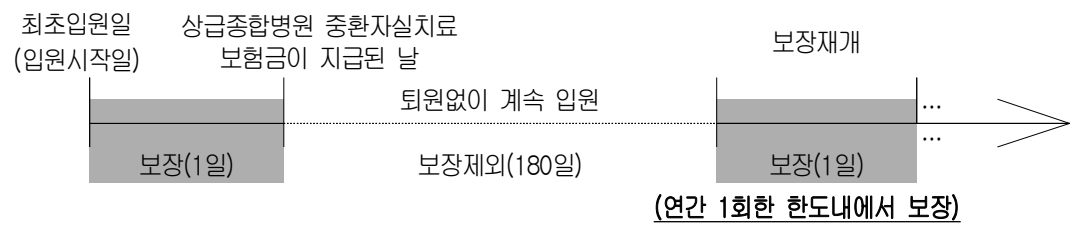
제10조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실 치료」는 상급종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실 치료」는 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「순환계질환(특정질병제외)」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단된 경우에는 이는 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」에 대한 입원이라도 상급종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 상급종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다

[예시] 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



④ 피보험자가 다른 상급종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	-
2026.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2026.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2027.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑤ 피보험자가 상급종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상급종합병원 중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제10조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 순환계질환(특정질병제외) 주요치료II를 받기 위해 치료일자 예약 후 제10조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다. 단, 순환계질환(특정질병제외) 주요치료II 중 중환자실 치료는 「선지급 보험금」지급대상에서 제외합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

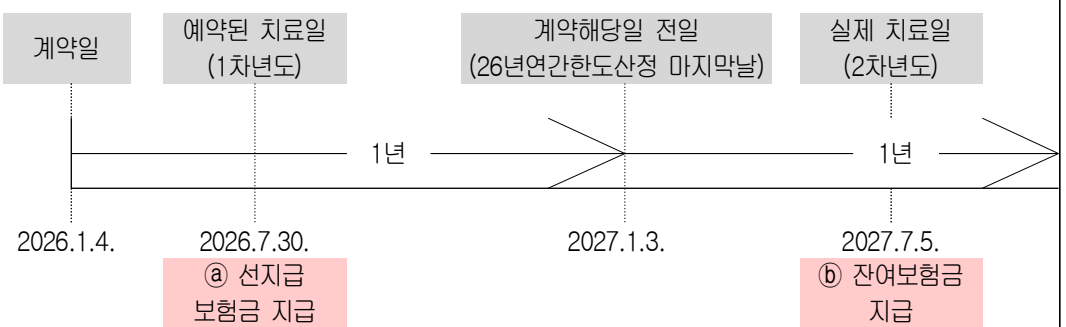
⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에

서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시 】



ⓐ 선지급 보험금 : 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입
ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제10조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제12조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

98-2. 상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,한도이연형) 특별약관

98-2-1. 상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,한도이연형) 특별약관

98-2-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,한도이연형) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「순환계질환(특정질병제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단확정되고 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「상급종합병원」에서 제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」의 정의)에서 정한「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」(수술(혈전제거제외), 혈전제거치료, 혈전용해치료, 중환자실 치료)를 받은 경우에는 제9조(「연간 보장 한도」의 정의)에서 정한「연간 보장 한도」에 따라 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한, 한도이연형)	계약일로부터 90일 미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	계약일로부터 90일 이상 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「순환계질환(특정질병제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 분류표」(【별표84】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서「특정질병」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서「특정순환계질환Ⅱ 분류표」(【별표85】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③「순환계질환(특정질병제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 혈액검사(혈액 중 심장효소검사 등), 뇌척수액 검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가「순환계질환(특정질병제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본

제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이「순환계질환(특정질병제외)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」의 정의)

이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」라 함은「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「수술(혈전제거제외)」을 받은 경우
2.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전제거치료」를 받은 경우
3.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우
4.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「중환자실 치료」를 받은 경우

제4조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
8. 혈관 조영술, 중심정맥관 삽입술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「혈전제거치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전제거치료」라 함은 의사가 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

②「혈전제거술」이라 함은 “혈관으로부터 혈전을 제거하는 것”을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전

용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제6조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사가「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항의「혈전용해제」라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항의「혈전용해제」를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은「혈전용해치료」에서 제외됩니다.

제7조(「중환자실 치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「중환자실 치료」라 함은 의사에 의하여「순환계질환(특정질병제외)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에「순환계질환(특정질병제외)」으로 「상급종합병원」의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제8조(「상급종합병원」의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 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.

제9조(「연간 보장 한도」의 정의)

① 이 특별약관에서「연간 보장 한도」라 함은, 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급받을 수 있는 연간 보장 횟수를 의미합니다.

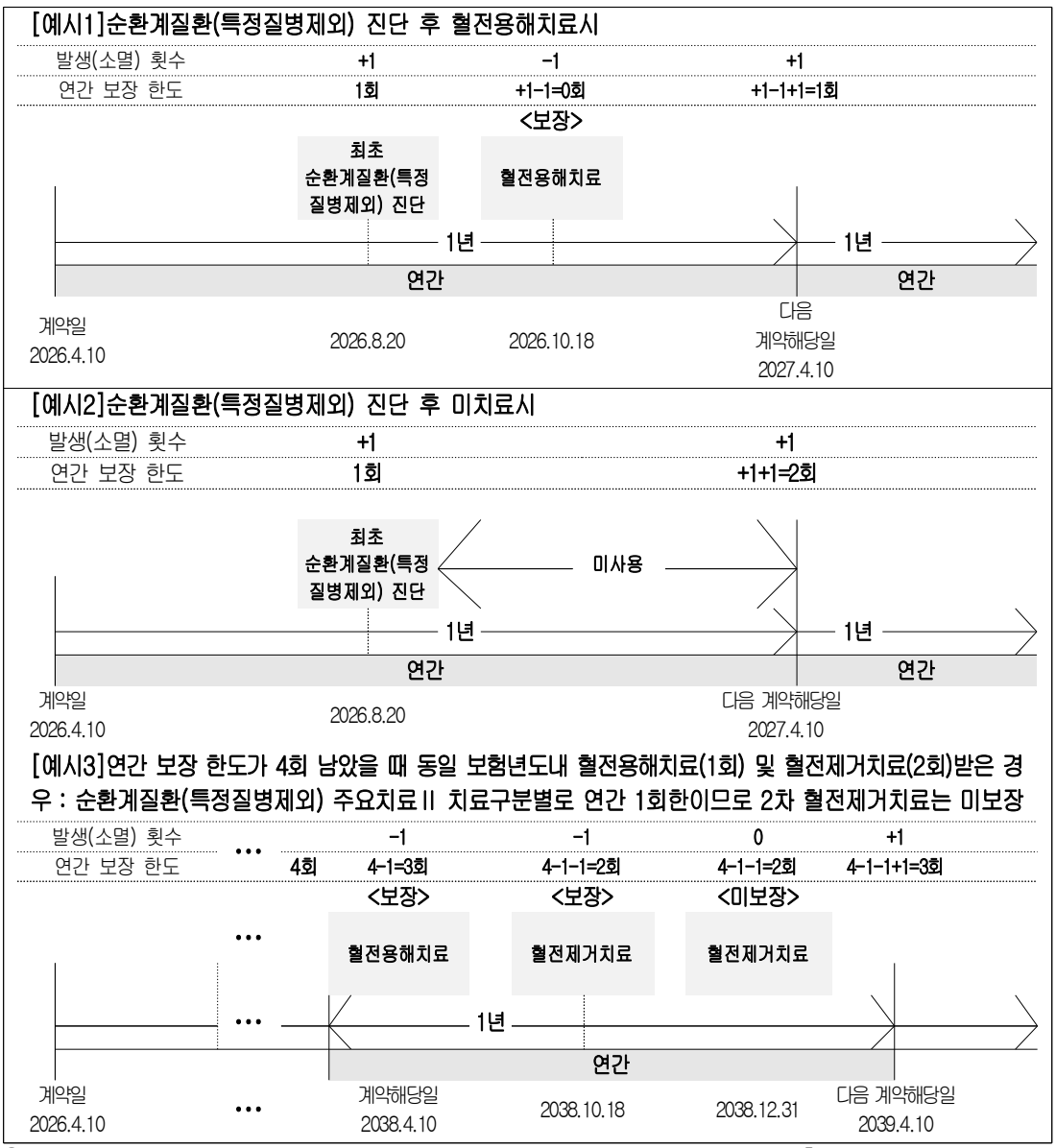
② 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

③ 「연간 보장 한도」는 「순환계질환(특정질병제외)」으로 최초 진단 확정시부터 연간 1회씩 발생하며, 연간 보험금 지급에 사용되지 않은 「연간 보장 한도」는 다음 보험년도로 이연(移延)됩니다.

④ 제3항에 따른 「연간 보장 한도」는 최대 5회이며, 순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ(수술(혈전제거제외), 혈전제거치료, 혈전용해치료, 중환자실 치료) 치료구분별로 연간 1회를 한도로 보험금을 지급합니다.

⑤ 순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ(수술(혈전제거제외), 혈전제거치료, 혈전용해치료, 중환자실 치료)를

받은 경우에는 「연간 보장 한도」에서 차감하며, 남은 「연간 보장 한도」가 없는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.



⑥ 제1항 내지 제5항에도 불구하고 이 특별약관의 보험기간이 끝난 경우에는 남은「연간 보장 한도」는 소멸합니다.

제10조(보험금 지급에 관한 세부규정)

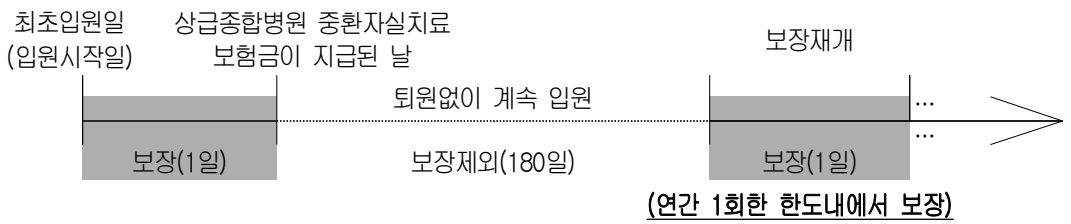
① 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실 치료」는 상급종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실 치료」는 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「순환계질환(특정질병제외)」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단된 경우에는

이는 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」에 대한 입원이라도 상급종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 상급종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다

[예시] 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



④ 피보험자가 다른 상급종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	-
2026.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2026.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2027.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑤ 피보험자가 상급종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상급종합병원 중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제10조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단 확정되고 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ를 받기 위해 치료일자 예약 후 제10조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다. 단, 순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ 중 중환자실치료는 「선지급 보험금」지급대상에서 제외합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③ 「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

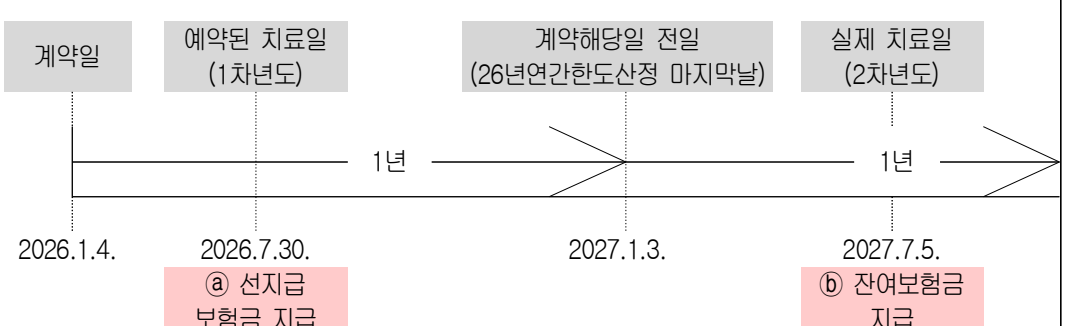
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시 】



ⓐ 선지급 보험금 : 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입
ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제10조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제12조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

99. 5대질병진단비(보험금증가형) 특별약관

99-1. 5대질병진단비(보험금증가형)(통합간편가입형) 특별약관
99-2. 5대질병진단비(보험금증가형) 특별약관

99-1 및 99-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 이 특별약관은 아래의 총 5개의 세부보장으로 나뉩니다.

보 장
1) 5대질병 1차 진단비(최초1회한) 보장
2) 5대질병 2차 진단비(최초1회한) 보장
3) 5대질병 3차 진단비(최초1회한) 보장
4) 5대질병 4차 진단비(최초1회한) 보장
5) 5대질병 5차 진단비(최초1회한) 보장

② 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 5대질병 1차 진단비(최초1회한) : 이 특별약관의 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한

보장개시일 이후에 제2조(「5대질병」의 정의 및 진단확정)의「5대질병」에서「재진단암」을 제외한 질병 중 1개의 질병으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
5대질병 1차 진단비(최초1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50% (최초1회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액 (최초1회한)

2. 5대질병 2차 진단비(최초1회한) : 이 특별약관의 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「5대질병」의 정의 및 진단확정)의「5대질병」중 1개의 질병(단, 제2항 제1호의 보험금 지급사유에 해당되는 질병 제외)으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
5대질병 2차 진단비(최초1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50% (최초1회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액 (최초1회한)

3. 5대질병 3차 진단비(최초1회한) : 이 특별약관의 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「5대질병」의 정의 및 진단확정)의「5대질병」중 1개의 질병(단, 제2항 제1호 및 제2호의 보험금 지급사유에 해당되는 질병 제외)으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
5대질병 3차 진단비(최초1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50% (최초1회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액 (최초1회한)

4. 5대질병 4차 진단비(최초1회한) : 이 특별약관의 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「5대질병」의 정의 및 진단확정)의「5대질병」중 1개의 질병(단, 제2항 제1호 내지 제3호의 보험금 지급사유에 해당되는 질병 제외)으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
5대질병 4차 진단비(최초1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50% (최초1회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액 (최초1회한)

5. 5대질병 5차 진단비(최초1회한) : 이 특별약관의 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「5대질병」의 정의 및 진단확정)의「5대질병」중 1개의 질병(단, 제2항 제1호 내지 제4호의 보험금 지급사유에 해당되는 질병 제외)으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
5대질병 5차 진단비(최초1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50% (최초1회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액 (최초1회한)

제2조(「5대질병」의 정의 및 진단확정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 「5대질병」이라 함은「첫번째암」,「뇌혈관질환」,「허혈성심질환」,「말기3대질환」및「재진단암」을 말합니다.

② 이 특별약관에서「첫번째암」이라 함은 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 처음으로 진단되는「암(유사암제외)」을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「재진단암」이라 함은 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 처음으로 진단되는 다음 각 호의「암(유사암제외)」에 해당하는 경우를 말합니다.

1. 새로운 원발암
2. 전이암
3. 재발암
4. 잔여암

④ 이 특별약관에서「암(유사암제외)」이라 함은 제5항의「암」에서 제6항의「유사암」을 제외한 암을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서「암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑥「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

1.「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2.「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3.「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

4.「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑦ 제3항에서「새로운 원발암」이란 원발부위에 발생한 암으로,「첫번째암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 「암(유사암제외)」(이하 「새로운 원발암」이라 합니다)을 말합니다.

⑧ 제3항에서 「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암(유사암제외)」을 말합니다.

⑨ 제3항에서 「재발암」이란「첫번째암」과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 「첫번째암」의 암세포를 제거한 후 그 「첫번째암」으로 인하여 새롭게 「암(유사암제외)」이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 「암(유사암제외)」을 말합니다.

⑩ 제3항에서 「잔여암」이란 「암(유사암제외)」진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

⑪「첫번째암」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「첫번째암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑫ 제11항에 따른 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「첫번째암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제11항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

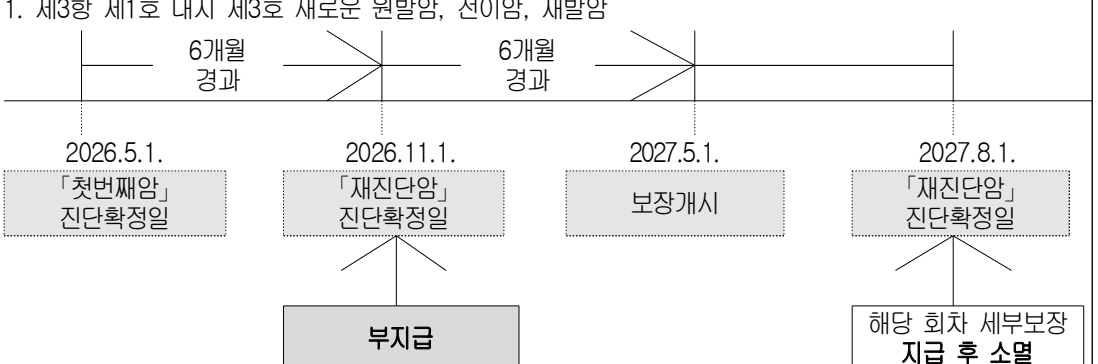
⑬「재진단암」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「재진단암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

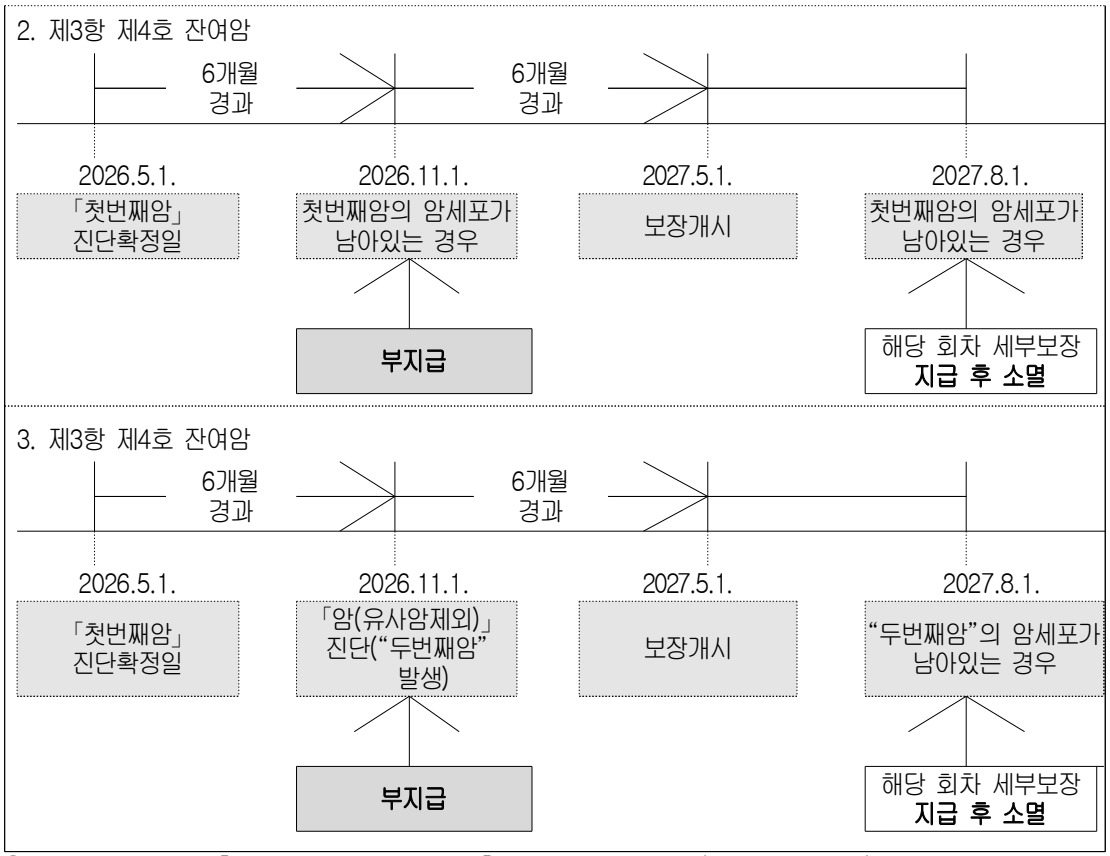
⑭ 제13항에 따른 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「재진단암」으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한「항암방사선치료」,「항암약물치료」또는「수술」)을 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적 암치료)는 제외합니다.

<「제13항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

【「재진단암」보장 예시 】

1. 제3항 제1호 내지 제3호 새로운 원발암, 전이암, 재발암





⑮ 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표19】 참조)에 해당하는 1. 거미막하 출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 8. 기타 뇌혈관 질환, 9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 10. 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑯ 제15항의 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「뇌혈관질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]

Single Photon Emission Computed Tomography. γ선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

⑰ 이 특별약관에서 「허혈성심질환」이라 함은 「허혈성심질환 분류표」(【별표18】 참조)에 해당하는 허혈성심질환으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑱ 제17항의 「허혈성심질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「허혈성심질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「허혈성심질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

⑲ 이 특별약관에서「말기3대질환」이라 함은「말기 만성폐질환」,「말기간경화」및「말기신부전증」을 말합니다.

⑳ 이 특별약관에서 「말기 만성폐질환」이라 함은「만성폐질환 분류표」(【별표106】 참조)에서 정한 질병 중에서 폐장이 비가역적인 기능부전을 보여서 그 결과 평지에서의 보행에도 호흡곤란이 있는 상태로서 다음의 한 가지 기준 이상에 해당되어야 합니다.

1. 폐기능 검사에서 최대한 노력하여 잘 불었을 때 1초간 노력성 호기량(FEV1.0)이 지속적으로 정상예측치의 30% 이하
2. 비가역적인 만성 저산소증으로서 안정상태에서의 동맥혈 가스분석검사(ABGA)상 동맥혈 산소분압(PaO2)이 60 ㎜Hg 이하

㉑ 제20항에도 불구하고 폐기능 검사성적과 동맥혈 가스분석검사는 그 성질상 변동하기 쉬운 것이기 때문에 폐질환의 경과 중에 있어서 가장 적절하게 상병을 나타내고 있다고 생각되는 검사성적에 근거하여야 합니다.

㉒「말기 만성폐질환」의 진단 확정은 정기적인 흉부X선 소견, 폐기능 검사, 동맥혈 가스검사 등을 확인한 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가「말기 만성폐질환」의 조사나 확인을 위하여 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

㉓ 이 특별약관에서 「말기간경화」이라 함은 만성 말기 간경화를 의미하며 다음 중 한 가지 이상의 증상이 나타나야 합니다.

1. 통제가 불가능한 복수증
2. 영구적인 황달
3. 위나 식도벽의 정맥류
4. 간성 뇌증

㉔ 제23항의 「말기간경화」의 진단확정은 병력과 함께 혈액검사소견, 동위원소간주사(Radioisotope Liver Scan), 복부 초음파(Abdomen Sono), 복부전산화단층촬영(Abdomen CT Scan) 등을 기초로 하여야 합니다.

㉕ 이 특별약관에서 「말기신부전증」이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal Disease)으로서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 말기신부전증환자가 혈액투석이나 복막투석을 받고 있거나 받은 경우를 말합니다.

㉖ 제25항의 「말기신부전증」의 진단확정은 의료기관의 의사(치과의사 제외)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

㉗ 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 보장에서 제외합니다.

제3조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)를 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

제4조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료

8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

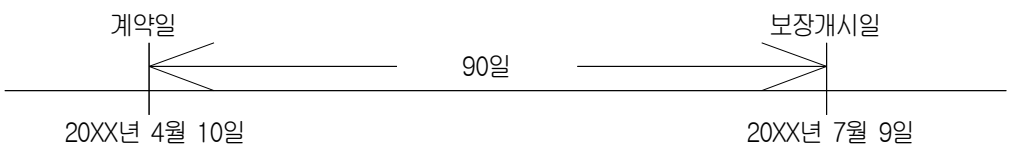
용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

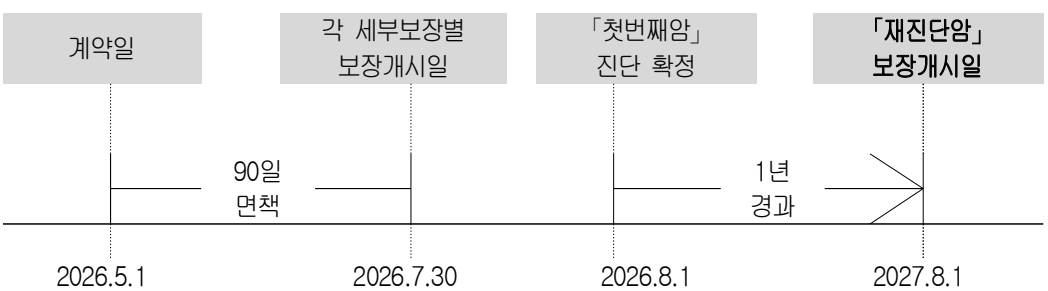
① 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

< 각 세부보장별 보장개시일 >



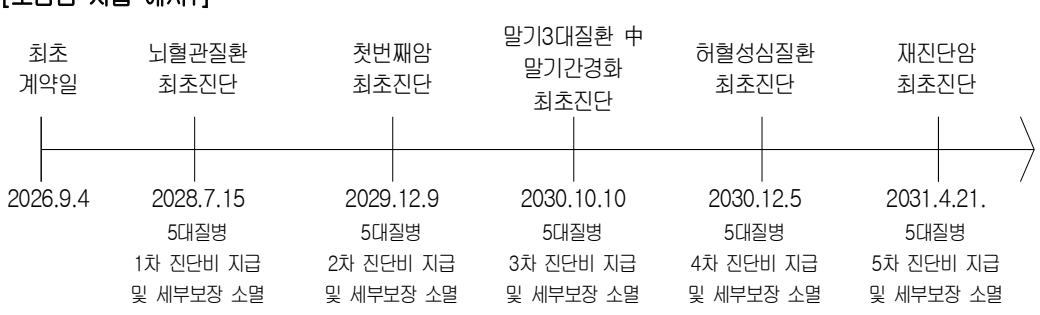
② 단, 「5대질병」 중 「재진단암」 의 보장개시일은 「첫번째암」 의 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.

< 「재진단암」 보장개시일 >



③ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우, 각 세부보장별 지급하는 보험금은 진단 확정되는 「5대질병」 종류에 관계없이 지급하여 드립니다.

[보험금 지급 예시1]



[보험금 지급 예시2]

최초 계약일	첫번째암 최초진단	허혈성심질환 최초진단	재진단암 최초진단	뇌혈관질환 최초진단	말기3대질환 中 말기간경화 최초진단
2026.9.4	2028.7.15	2029.12.9	2030.10.10	2030.12.5	2031.4.21.
	5대질병 1차 진단비 지급 및 세부보장 소멸	5대질병 2차 진단비 지급 및 세부보장 소멸	5대질병 3차 진단비 지급 및 세부보장 소멸	5대질병 4차 진단비 지급 및 세부보장 소멸	5대질병 5차 진단비 지급 및 세부보장 소멸

④ 「재진단암」의 경우,「첫번째암」진단 확정이 선행되어야 하므로 5대질병 1차 진단비(최초1회한)에서는 보장하지 않습니다.

⑤ 「말기3대질환」의 경우,「말기 만성폐질환」,「말기간경화」및「말기신부전증」중 한가지 질병만 보장합니다.

[보험금 지급 예시3]

최초 계약일	말기3대질환 中 말기만성폐질환 최초진단	첫번째암 최초진단	말기3대질환 中 말기간경화 최초진단	허혈성심질환 최초진단	말기3대질환 中 말기신부전증 최초진단
2026.9.4	2028.7.15	2029.12.9	2030.10.10	2030.12.5	2031.4.21.
	5대질병 1차 진단비 지급 및 세부보장 소멸	5대질병 2차 진단비 지급 및 세부보장 소멸	**부지급**	5대질병 3차 진단비 지급 및 세부보장 소멸	**부지급**

⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우 서로 다른 여러 개의 질병이 동시에 진단 확정된 경우도 포함합니다.

[보험금 지급 예시4]

최초 계약일	뇌혈관질환 및 허혈성심질환 최초진단	뇌혈관질환 진단	첫번째암 최초진단	재진단암 최초진단	말기신부전증 최초진단
2026.9.4	2035.2.6	2040.12.9	2042.8.7	2043.12.5	2044.2.21.
	5대질병 1차 진단비, 2차 진단비 지급 및 2개 세부보장 소멸	**부지급**	5대질병 3차 진단비 지급 및 세부보장 소멸	5대질병 4차 진단비 지급 및 세부보장 소멸	5대질병 5차 진단비 지급 및 세부보장 소멸

⑦ 피보험자가 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제9조(특별약관의 소멸) 제4항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「5대질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한「5대질병」 중 1개 이상의 질병으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

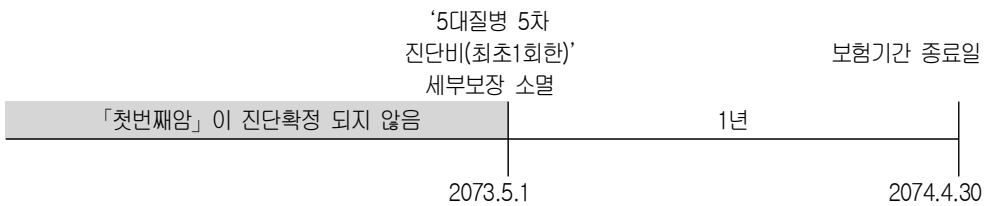
① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 지급사유가 발생한 경우에는 해당 세부보장은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 소멸되는 부분에 대한 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 제1항에 따라 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 세부보장 별로 각 1회씩 모두 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 5대질병 5차 진단비(최초1회한) 지급사유가 발생된 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

③ 보험기간 중에「첫번째암」이 진단확정 되지 않고, 보험기간 종료일(갱신형은 갱신종료나이의 계약해당일)까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 1년 이하인 경우, 5대질병 5차 진단비(최초1회한) 세부보장은 소멸되며, 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 해당시점의 5대질병 5차 진단비(최초1회한) 세부보장의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 또한 회사는 이를 계약자 및 피보험자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

【 제3항 보장소멸 예시 】

「첫번째암」이 진단확정 되지 않고, 보험기간 종료일(갱신형은 갱신종료나이의 계약해당일)까지의 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우



④ 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

100-1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III(치료별)(통합간편가입형) 특별약관

100-1-1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III(치료별)(통합간편가입형) 특별약관

100-1-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III(치료별) : 이 특별약관의 보험기간 중에「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료III」의 정의)에서 정한「순환계질환(특정질병제외) 주요치료III」(수술(혈전제거제외), 혈전제거치료, 뇌혈관질환 혈전용해치료, 심혈관및기타질환 혈전용해치료, 중환자실치료)를 받은 경우에는 각 세부보장별 지급횟수에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III(치료별)	계약일로부터 90일 미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 10%
	계약일로부터 90일 이상 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장 및 지급횟수는 아래와 같습니다.

세부보장	지급횟수
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III_수술비(혈전제거제외)(수술당) 보장	수술1회당
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III_혈전제거치료비(연간1회한) 보장	연간1회한
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III_뇌혈관질환 혈전용해치료비(연간1회한) 보장	연간1회한
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III_심혈관및기타질환 혈전용해치료비(연간1회한) 보장	연간1회한
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III_중환자실치료비(종합병원)(연간1회한) 보장	연간1회한

제2조(「순환계질환(특정질병제외)」등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 분류표」(【별표84】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외) 중 뇌혈관질환」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 중 뇌혈관질환 분류표」(【별표103】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외) 중 심혈관및기타질환」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분

류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 중 심혈관및기타질환 분류표」(【별표104】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에서「특정질병」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서「특정순환계질환II 분류표」(【별표85】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤「순환계질환(특정질병제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 혈액검사(혈액 중 심장효소검사 등), 뇌척수액 검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가「순환계질환(특정질병제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이「순환계질환(특정질병제외)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료III」의 정의)

이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외) 주요치료III」라 함은「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「수술(혈전제거제외)」을 받은 경우
2.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전제거치료」를 받은 경우
3.「순환계질환(특정질병제외) 중 뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우
4.「순환계질환(특정질병제외) 중 심혈관및기타질환」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우
5.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「중환자실치료」를 받은 경우

제4조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
8. 혈관 조영술, 중심정맥관 삽입술

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「혈전제거치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전제거치료」라 함은 의사가 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.
② 「혈전제거술」이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제6조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사가「순환계질환(특정질병제외) 중 뇌혈관질환」또는「순환계질환(특정질병제외) 중 심혈관및기타질환」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
② 제1항의「혈전용해제」라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.
③ 제2항의「혈전용해제」를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은「혈전용해치료」에서 제외됩니다.

제7조(「중환자실치료」의 정의)

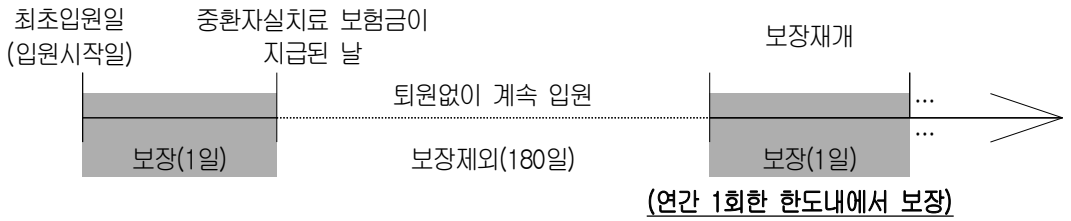
① 이 특별약관에서「중환자실치료」라 함은 의사에 의하여「순환계질환(특정질병제외)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에「순환계질환(특정질병제외)」으로 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.
② 제1항의 중환자실이라 함은「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.
③ 제1항의「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실치료」는 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.
② 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실치료」는 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「순환계질환(특정질병제외)」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단된 경우에는 이는 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
③ 피보험자가 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」에 대한 입원이라도 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 중환자실치

료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시] 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



④ 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	-
2026.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2026.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2027.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑤ 피보험자가 종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제8조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 순환계질환(특정질병제외) 주요치료III를 받기 위해 치료일자 예약 후 제8조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다. 단, 순환계질환(특정질병제외) 주요치료III 중 중환자실치료는 「선지급 보험금」지급대상에서 제외합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원

을 한도로 합니다.

③ 「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

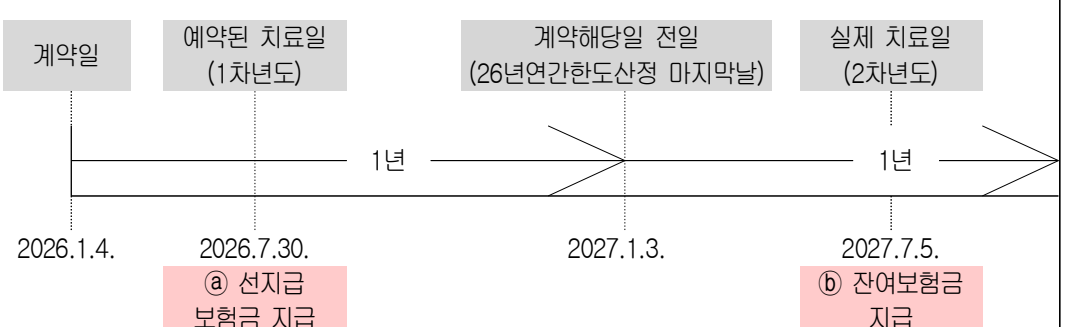
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시(지급횟수가 연간1회한 보장) 】



ⓐ 선지급 보험금 : 연간1회한 보장의 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입

ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제8조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

100-2. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III(치료별)특별약관

100-2-1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III(치료별) 특별약관

100-2-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III(치료별) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「순환계질환(특정질병제외)」등의 정의 및 진단확정)에서 정한「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단확정되고 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료III」의 정의)에서 정한「순환계질환(특정질병제외) 주요치료III」(수술(혈전제거제외), 혈전제거치료, 뇌혈관질환 혈전용해치료, 심혈관및기타질환 혈전용해치료, 중환자실치료)를 받은 경우에는 각 세부보장별 지급횟수에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III(치료별)	계약일로부터 90일 미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 10%
	계약일로부터 90일 이상 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장 및 지급횟수는 아래와 같습니다.

세부보장	지급횟수
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III_수술비(혈전제거제외)(수술당) 보장	수술1회당
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III_혈전제거치료비(연간1회한) 보장	연간1회한
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III_뇌혈관질환 혈전용해치료비(연간1회한) 보장	연간1회한
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III_심혈관및기타질환 혈전용해치료비(연간1회한) 보장	연간1회한
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III_중환자실치료비(종합병원)(연간1회한) 보장	연간1회한

제2조(「순환계질환(특정질병제외)」 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「순환계질환(특정질병제외)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 분류표」(【별표84】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「순환계질환(특정질병제외) 중 뇌혈관질환」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 중 뇌혈관질환 분류표」(【별표103】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「순환계질환(특정질병제외) 중 심혈관및기타질환」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 중 심혈관및기타질환 분류표」(【별표104】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「특정질병」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「특정순환계질환II 분류표」(【별표85】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 「순환계질환(특정질병제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 혈액검사(혈액 중 심장효소검사 등), 뇌척수액 검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「순환계질환(특정질병제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「순환계질환(특정질병제외)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료III」의 정의)

이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외) 주요치료III」라 함은「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「수술(혈전제거제외)」을 받은 경우
2.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전제거치료」를 받은 경우
3.「순환계질환(특정질병제외) 중 뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우
4.「순환계질환(특정질병제외) 중 심혈관및기타질환」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우
5.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「중환자실치료」를 받은 경우

제4조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
8. 혈관 조영술, 중심정맥관 삽입술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「혈전제거치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전제거치료」라 함은 의사가 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

②「혈전제거술」이라 함은 “혈관으로부터 혈전을 제거하는 것”을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제6조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사가「순환계질환(특정질병제외) 중 뇌혈관질환」또는「순환

계질환(특정질병제외) 중 심혈관및기타질환」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항의「혈전용해제」라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항의「혈전용해제」를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은「혈전용해치료」에서 제외됩니다.

제7조(「중환자실치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「중환자실치료」라 함은 의사에 의하여「순환계질환(특정질병제외)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에「순환계질환(특정질병제외)」으로 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

③ 제1항의「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

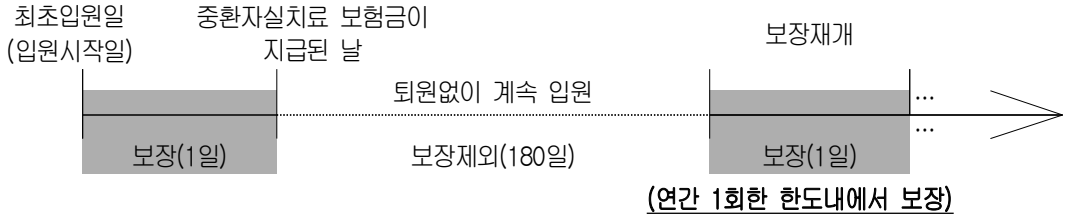
제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실치료」는 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실치료」는 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「순환계질환(특정질병제외)」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단된 경우에는 이는 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」에 대한 입원이라도 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시] 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



④ 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	-
2026.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2026.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2027.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑤ 피보험자가 종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제8조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단 확정되고 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 순환계질환(특정질병제외) 주요치료III를 받기 위해 치료일자 예약 후 제8조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다. 단, 순환계질환(특정질병제외) 주요치료III 중 중환자실치료는 「선지급 보험금」지급대상에서 제외합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

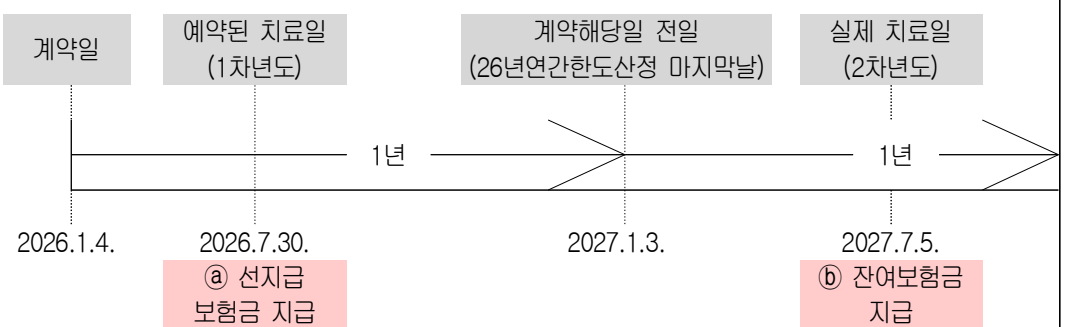
⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우

2. 제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시(지급횟수가 연간1회한 보장) 】



ⓐ 선지급 보험금 : 연간1회한 보장의 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입

ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제8조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

101. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)(연간1회한,진단후10년) 특별약관

101-1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)(통합간편가입형) 특별약관

101-2. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)(연간1회한,진단후10년) 특별약관

101-1 및 101-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)(연간1회한,진단후10년) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 「보험금 지급기간」이내에 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「상급종합병원」,「국립암센터」,「원자력의학원」에서 암 주요치료Ⅳ(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외))를 받은 경우에는 아래의 금액을 지급. 다만, 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)는 최초 진단확정일로부터 최대 10년간, 연간1회를 한도로 지급(최대 10회 지급)

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
상급종합병원 (국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비Ⅱ(유사암제외) (연간1회한,진단후10년)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제2항의 「암」에서 제3항의 「유사암」을 제외한 암을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.

다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

1. 「갑상선암」이라 함은 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 【별표13-2】 「제자리신생물 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 【별표13-3】 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우, 「암」, 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「암 주요치료Ⅳ」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 주요치료Ⅳ」라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외)를 말합니다.

② 「암 주요치료Ⅳ」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

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. 제1호 내지 제4호 이외의 "암 주요치료IV"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 "암 주요치료IV"로 봅니다.

<호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조>

③ '말기환자'란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제4조(「암수술」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술」이라 함은 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑥ 제1항 내지 제4항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직

접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)를 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

③「항암약물치료(호르몬치료제외)」라 함은 제2항에서 정한「항암약물치료」중에서 제4항에서 정한 「항암호르몬약물치료」를 제외한 치료를 말합니다.

④「항암호르몬약물치료」라 함은 제2항에서 정한 「항암약물치료」 중에서 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 "호르몬성 항암제"를 말합니다.

1. 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"에서 정한 약효분류번호 421(항악성종양제), 617(주로 악성종양에 작용하는 것)에 해당하는 약제
2. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계에 따라 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터(KPIS)에서 부여한 국내 의약품 ATC코드에서 L02(항악성종양제 및 면역조절제 중 내분비 치료제)에 해당하는 약제

호르몬성 항암제

호르몬의 작용을 억제하거나 조절하여 암세포의 성장을 억제하는 약물

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고, 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"의 개정에 따라 제4항 제1호의 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

⑥ 제4항 제2호에도 불구하고, 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계의 개정으로 제4항 제2호의 "ATC코드"가 폐지 또는 변경되거나, 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터에서 국내 의약품에 대하여 "ATC코드"를 부여하지 않아 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 기준을 따릅니다.

제6조(「상급종합병원」의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제7조(국립암센터의 정의)

이 특별약관에서 「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말합니다.

[암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)]

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

[암관리법 제29조(부속기관의 설치)]

① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

제8조(원자력의학원의 정의)

이 특별약관에서 「원자력의학원」이라 함은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 제13조의3(분원 또는 부설기관)에서 정한 한국원자력의학원의 부속병원을 말합니다.

[방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립)]

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원을 설립한다.

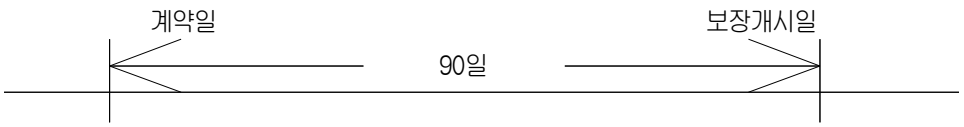
[방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의3(분원 또는 부설기관)]

① 의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

제9조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

< 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)의 보장개시일 >



② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 「암(유사암제외)」의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「보험금 지급기간」이라 함은 「암(유사암제외)」최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

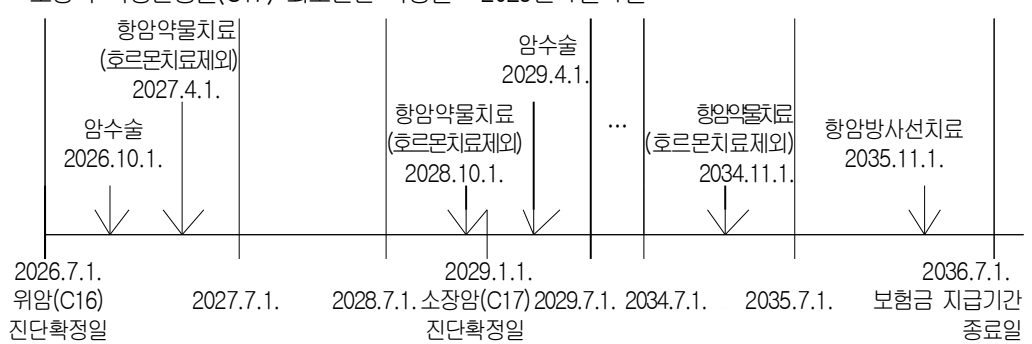
⑤ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 암(유사암제외)으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)를 보장합니다.

⑥ 회사는 피보험자가 암 주요치료Ⅳ(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외))를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)만 지급합니다.

⑦ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 계약일로부터 1년미만 내 「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정된 경우에는 「보험금 지급기간」 중 암 주요치료Ⅳ를 받은 시점이 계약일로부터 1년 이후에 해당하더라도 각 차년도별 지급금액은 보험가입금액의 50%를 지급합니다.

[보험금 지급 예시1] ※ 상급종합병원,국립암센터,원자력의학원 치료에 한함

- 보험계약일로부터 1년미만 내 「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정된 경우
- 보험계약일 : 2026년 3월 1일, 30년만기
- 보험가입금액 1,000만원 기준
- 위의 악성신생물(C16) 최초진단 확정일 : 2026년 7월 1일
- 소장의 악성신생물(C17) 최초진단 확정일 : 2029년 1월 1일



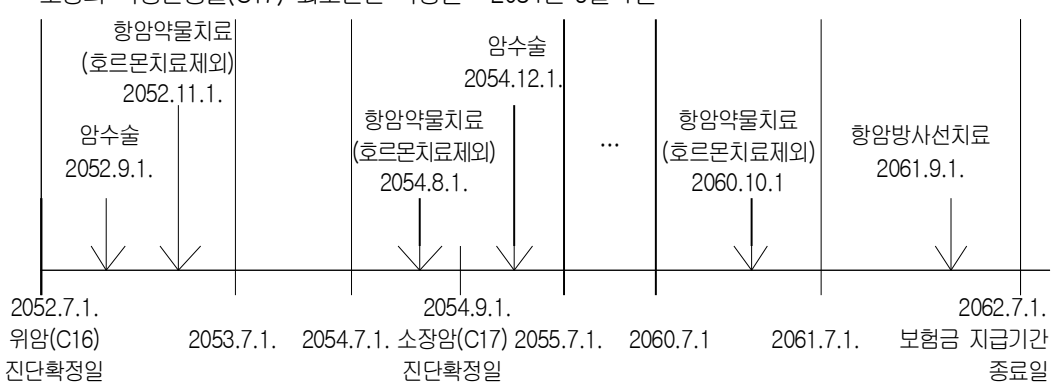
- 암 최초진단 후 암 주요치료시, 지급예시

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
암수술(C16) 500만원 지급 (50% 지급)	-	항암약물치료 (호르몬치료제외) (C16) 500만원 지급 (50% 지급)	…	항암약물치료 (호르몬치료제외) (C17) 500만원 지급 (50% 지급)	항암방사선치료(C17) 500만원 지급 (50% 지급)
항암약물치료 (호르몬치료제외) (C16) 미지급 (연간1회한도 초과)	-	암수술(C17) 미지급 (연간1회한도 초과)	…	-	

※ 위암(C16) 최초 진단확정일(2026년 7월 1일) 이후에 소장암(C17)을 최초 진단받더라도 「보험금 지급기간」은 위암(C16) 최초 진단확정일(2026년 7월 1일)로부터 10년입니다.

[보험금 지급 예시2] ※ 상급종합병원,국립암센터,원자력의학원 치료에 한함

- 보험계약일 : 2026년 7월 1일, 30년만기
- 보험가입금액 1,000만원 기준
- 위의 악성신생물(C16) 최초진단 확정일 : 2052년 7월 1일
- 소장의 악성신생물(C17) 최초진단 확정일 : 2054년 9월 1일



- 암 최초진단 후 암 주요치료시, 지급예시

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
암수술(C16) 1,000만원	-	항암약물치료 (호르몬치료제외)(C16) 1,000만원 지급	…	항암약물치료 (호르몬치료제외)(C17) 1,000만원 지급	항암방사선치료(C17) 1,000만원 지급
항암약물치료 (호르몬치료제외)(C16) 미지급 (연간1회한도 초과)	-	암수술(C17) 미지급 (연간1회한도 초과)	…	-	-

※ 위암(C16) 최초 진단확정일(2052년 7월 1일) 이후에 소장암(C17)을 최초 진단받더라도 「보험금 지급기간」은 위암(C16) 최초 진단확정일(2052년 7월 1일)로부터 10년입니다.

제10조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제11조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(유사암제외)으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제13조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

① 이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 제26조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 보장개시일 이후에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정된 경우 차회 이후부터 이 특별약관의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제14조(특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급기간」이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제15조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암(유사암제외)으로 최초 진단 확정 받고 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항에서 정한 보험금 지급기간이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제16조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

102. 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(감액없음) 특별약관

102-1. 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(감액없음)(통합간편가입형) 특별약관
102-2. 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(감액없음) 특별약관
102-3. 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(감액없음)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관
102-4. 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(감액없음)(갱신형_20년) 특별약관
102-5. 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(감액없음)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관
102-6. 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(감액없음)(갱신형_10년) 특별약관

102-1, 102-2는 비갱신형으로 운영하며,
102-3, 102-4, 102-5, 102-6은 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 중증질환자(중복암) 산정특례대상보장(감액없음) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 「중증질환자(암) 산정특례 대상질환」으로 진단확정되고, 이를 직접적인 원인으로 보험기간 중 「산정특례 중복암 등록」되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
중증질환자(중복암) 산정특례대상보장(감액없음)	세부보장 보험가입금액

2. 중증질환자(재등록암) 산정특례대상보장(감액없음) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 「중증질환자(암) 산정특례 대상질환」으로 진단확정되고, 이를 직접적인 원인으로 보험기간 중 「산정특례 재등록암 등록」되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
중증질환자(재등록암) 산정특례대상보장(감액없음)	세부보장 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

보 장
1) 중증질환자(중복암) 산정특례대상보장(감액없음) 2) 중증질환자(재등록암) 산정특례대상보장(감액없음)

제2조(「중증질환자(암) 산정특례 대상질환」 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「중증질환자(암) 산정특례 대상질환」이라 함은 「중증질환자(암) 산정특례 대상질환 분류표」(【별표60-1】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례 대상질환」이라 함은 「중증질환자(암) 산정특례 대상질환 분류표」(【별표60-1】 참조)에서 정한 질병 중 제4항에서 정한 「유사암」을 제외한 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

1. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부

의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

3.「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

4.「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「뇌·수막의 양성신생물」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「뇌·수막의 양성신생물 분류표」(【별표26】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 제1항 내지 제2항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 개정으로 산정특례적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

본인일부부담금 산정특례 제도

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담)제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 본인부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 본인부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

중증질환자(신규암) 등록신청 절차 및 적용기간

“중증질환자(신규암) 산정특례대상”에 해당하는 사람은 의사가 중증질환자(암)으로 확진한 경우 "건강보험 산정특례 등록 신청서"를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.

⑥「중증질환자(암) 산정특례 대상질환」(「뇌·수막의 양성신생물」 제외)의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「중증질환자(암) 산정특례 대상질환」(「뇌·수막의 양성신생물」 제외)의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「중증질환자(암) 산정특례 대상질환」(「뇌·수막의 양성신생물」 제외)으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑧「뇌·수막의 양성신생물」의 진단확정은 신경과의사 또는 신경외과의사 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

제3조(「산정특례 중복암 등록」 등의 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) 산정특례대상 분류표」(【별표60-2】 참조)에서 정한 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「중복암」이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조 제4항에 의해 등록된 암을 말하며, 건강보험 산정특례 등록신청서 상에 「중복암」으로 표기된 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「산정특례 재등록암 등록」이라 함은 보험기간 중에 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 「재등록암」으로「중증질환자(암) 산정특례대상 분류표」(【별표60-2】 참조)에서 정한 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 「재등록암」이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조에 의해 등록된 암을 말하며, 건강보험 산정특례 등록신청서 상에 「재등록암」으로 표기된 경우를 말합니다.
⑤ 이 특별약관에 있어서 「신규암」이라 함은 "「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조에 의해 등록된 암을 말하며, 건강보험 산정특례 등록신청서 상에 「신규암」으로 표기된 경우를 말합니다.

중증질환자 암 산정특례 중복암 등록

건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 암환자로 등록된 자가 산정특례 적용기간 중 추가로 발생한 다른 암종(전이암 제외)에 대하여 산정특례를 신청한 경우, 추가로 발생한 암의 진단확진일부터 산정특례를 적용한다.

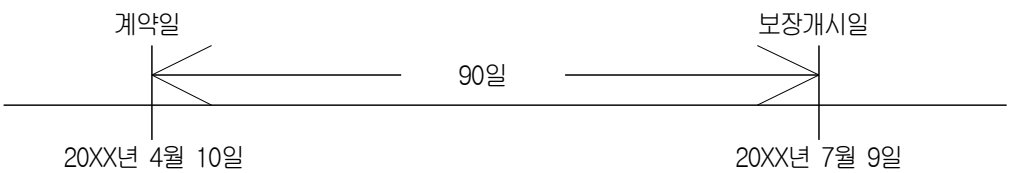
중증질환자 암 산정특례 재등록

「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조(산정특례 재등록)
건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 암환자가 특례기간 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거, 소멸을 목적으로 수술, 방사선, 호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여중인 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

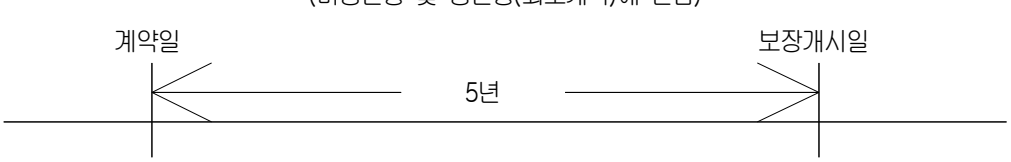
① 제1조(보험금의 지급사유) 중증질환자(중복암)산정특례대상보장(감액없음)의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.
1. 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우
   - 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. 갱신형(갱신계약)의 경우
   - 이 특별약관의 갱신일

< 중증질환자(중복암)산정특례대상보장(감액없음) 보장개시일>
(비갱신형 및 갱신형(최초계약)에 한함)



② 제1조(보험금의 지급사유) 중증질환자(재등록암)산정특례대상보장(감액없음)의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.
1. 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우
   - 보험계약일부터 그 날을 포함하여 5년이 지난 날의 다음날
2. 갱신형(갱신계약)의 경우
   - 이 특별약관의 갱신일

< 중증질환자(재등록암)산정특례대상보장(감액없음) 보장개시일>
(비갱신형 및 갱신형(최초계약)에 한함)



③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정

한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

④ 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(감액없음) 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(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 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당하는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 「중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례」와 관련된 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경 할 수 있습니다.

1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 「중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상」 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알려 드립니다.

④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을)금액이 발생할 수 있으며, 이를 계약 체결시 계약자에게 안내합니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑦ 제2항 내지 제6항에도 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
   산정특례 등록여부를 확인할수 있는 서류(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명 수가코드 등 기입), 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「중증질환자(암) 산정특례 대상질환」 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 「중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례 대상질환」으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

③ 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「중증질환자(암) 산정특례 대상질환」 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 「중증질환자(암) 산정특례 대상질환」중 「중복암」으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 중증질환자(중복암) 산정특례대상(감액없음) 보장은 무효로 하며, 이미 납입한 중증질환자(중복암) 산정특례대상(감액없음) 보장의 보험료를 돌려드립니다.

④ 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「중증질환자(암) 산정특례 대상질환」 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 「중증질환자(암) 산정특례 대상질환」중 「재등록암」으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 중증질환자(재등록암) 산정특례대상(감액없음) 보장은 무효로 하며, 이미 납입한 중증질환자(재등록암) 산정특례대상(감액없음) 보장의 보험료를 돌려드립니다.

⑤ 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다.

다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제10조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

① 102-3. 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(감액없음)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 및 102-4. 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(감액없음)(갱신형_20년) 특별약관 및 102-5. 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(감액없음)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관 및 102-6. 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(감액없음)(갱신형_10년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 [갱신종료나이-5]세까지 제2조(「중증질환자(암) 산정특례 대상질환」 등의 정의 및 진단확정) 제1항 「중증질환자(암) 산정특례 대상질환」으로 진단확정되고, 이를 직접적인 원인으로 「중증질환자(암) 산정특례대상 분류표」(【별표60-2】 참조)에서 정한 산정특례대상으로 등록되지 않은 경우 중증질환자(재등록암) 산정특례대상(감액없음) 보장을 [갱신종료나이-5]세 갱신시점부터 더 이상 갱신하지 않으며, 갱신을 종료합니다.

제11조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 「중증질환자(중복암) 산정특례대상보장(감액없음)」, 「중증질환자(재등록암) 산정특례대상보장(감액없음)」에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며. 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 제1항에 따라 모든 보장이 소멸 된 경우, 즉 총2회 보험금을 지급받은 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

③ 이 특별약관의 보험기간 중 다음의 제1호 및 제2호에 해당하는 경우 제1조(보험금의 지급사유)의 중증질환자(재등록암) 산정특례대상(감액없음) 보장은 소멸됩니다.

1. 제2조(「중증질환자(암) 산정특례 대상질환」 등의 정의 및 진단확정) 제1항 「중증질환자(암) 산정특례 대상질환」으로 진단확정되고, 이를 직접적인 원인으로 「중증질환자(암) 산정특례대상 분류표」(【별표60-2】 참조)에서 정한 산정특례대상으로 등록되지 않은 경우
2. 보험기간 종료일(갱신형은 갱신종료나이의 계약해당일)까지의 잔여 기간이 그 날을 포함하여 5년 이하인 경우

④ 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

103. 중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장 특별약관

103-1. 중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장(통합간편가입형) 특별약관
103-2. 중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장 특별약관
103-3. 중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관
103-4. 중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장(갱신형_20년) 특별약관
103-5. 중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관
103-6. 중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장(갱신형_10년) 특별약관

103-1, 103-2는 비갱신형으로 운영하며,
103-3, 103-4, 103-5, 103-6은 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례 대상질환」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례 대상질환」으로 진단확정되고, 이를 직접적인 원인으로 인하여 「중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례 대상질환」으로 보험기간 중 「산정특례 신규등록」되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
중증질환자 (신규암(유사암)) 산정특례대상보장	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례 대상질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례 대상질환」이라 함은 제2항에서 정한 「유사암」을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

1. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 개정으로 산정특례적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

본인일부부담금 산정특례 제도

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담)제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 본인부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 본인부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

중증질환자(신규암) 등록신청 절차 및 적용기간

“중증질환자(신규암) 산정특례대상”에 해당하는 사람은 의사가 중증질환자(암)으로 확진한 경우 "건강보험 산정특례 등록 신청서"를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.

④ 「중증질환자(유사암) 산정특례 대상질환」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「중증질환자(유사암) 산정특례 대상질환」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례 대상질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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 「뇌·수막의 양성신생물」의 진단확정은 신경과의사 또는 신경외과의사 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

제3조(「산정특례 신규등록」의 정의)

① 이 특별약관에서 「산정특례 신규등록」이라 함은 보험기간 중에 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 「중증질환자(암) 산정특례대상 분류표」(【별표60-2】 참조)에서 정한 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「신규암」이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조에 의해 등록된 암을 말하며, 건강보험 산정특례 등록신청서 상에 「신규암」으로 표기된 경우를 말합니다.

③ 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조에 의한 산정특례 재등록은 보장에서 제외합니다.

중증질환자 암 산정특례 재등록

「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조(산정특례 재등록)

건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 암환자가 특례기간 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거, 소멸을 목적으로 수술, 방사선, 호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여중인 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(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 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당하는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 “중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장”와 관련된 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경 할 수 있습니다.

1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 “중증질환자(신규암) 산정특례대상” 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알려 드립니다.

④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을)금액이 발생할 수 있으며, 이를 계약 체결시 계약자에게 안내합니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미

경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑦ 제2항 내지 제6항에도 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
   산정특례 등록여부를 확인할수 있는 서류(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명 수가코드 등 기입), 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 무효)

이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

제9조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

103-3. 중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 및 103-4. 중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장(갱신형_20년) 특별약관 및 103-5. 중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관 및 103-6. 중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장(갱신형_10년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 「중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장」에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며. 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

104. 신통합암(전이포함)진단비Ⅱ(유사암제외) 특별약관

104-1. 신통합암(전이포함)진단비Ⅱ(유사암제외)(통합간편가입형) 특별약관
104-2. 신통합암(전이포함)진단비Ⅱ(유사암제외) 특별약관

104-1 및 104-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 신통합암(전이포함)진단비Ⅱ(유사암제외) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「신통합암(전이포함)Ⅱ(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)의 「신통합암(전이포함)Ⅱ(유사암제외)」으로 진단이 확정되었을 때에는 세부보장별 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액	
	계약일로부터 1년미만 발생시	계약일로부터 1년이후 발생시
신통합암진단비Ⅱ(특정암Ⅱ(전이포함)) 보장	세부보장 보험가입금액의 50%	세부보장 보험가입금액
신통합암진단비Ⅱ(골및생식기관암(전이포함)) 보장	세부보장 보험가입금액의 50%	세부보장 보험가입금액
신통합암진단비Ⅱ(비뇨기관및특정내분비선암(전이포함)) 보장	세부보장 보험가입금액의 50%	세부보장 보험가입금액
신통합암진단비Ⅱ(2대부위암)(감액없음) 보장	세부보장 보험가입금액	
신통합암진단비Ⅱ(2대부위암Ⅲ(전이포함))(감액없음) 보장	세부보장 보험가입금액	
신통합암진단비Ⅱ(특정소화기관암(전이포함))(감액없음) 보장	세부보장 보험가입금액	
신통합암진단비Ⅱ(2대부위암Ⅳ(전이포함))(감액없음) 보장	세부보장 보험가입금액	
신통합암진단비Ⅱ(특정4대암)(감액없음) 보장	세부보장 보험가입금액	

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

보 장
1) 신통합암진단비Ⅱ(특정암Ⅱ(전이포함)) 보장
2) 신통합암진단비Ⅱ(골및생식기관암(전이포함)) 보장
3) 신통합암진단비Ⅱ(비뇨기관및특정내분비선암(전이포함)) 보장
4) 신통합암진단비Ⅱ(2대부위암)(감액없음) 보장
5) 신통합암진단비Ⅱ(2대부위암Ⅲ(전이포함))(감액없음) 보장
6) 신통합암진단비Ⅱ(특정소화기관암(전이포함))(감액없음) 보장
7) 신통합암진단비Ⅱ(2대부위암Ⅳ(전이포함))(감액없음) 보장
8) 신통합암진단비Ⅱ(특정4대암)(감액없음) 보장

제2조(「신통합암(전이포함)II(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「신통합암(전이포함)II(유사암제외)」이라 함은 「특정암II(전이포함)」, 「골및생식기관암(전이포함)」, 「비뇨기관및특정내분비선암(전이포함)」, 「2대부위암」, 「2대부위암III(전이포함)」, 「특정소화기관암(전이포함)」, 「2대부위암IV(전이포함)」, 「특정4대암」을 총칭하나, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 제1항의 「특정암II(전이포함)」, 「골및생식기관암(전이포함)」, 「비뇨기관및특정내분비선암(전이포함)」, 「2대부위암」, 「2대부위암III(전이포함)」, 「특정소화기관암(전이포함)」, 「2대부위암IV(전이포함)」, 「특정4대암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「신통합암(전이포함)II(유사암제외) 분류표」(【별표66】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 제5조(특별약관의 무효)에서 「암(유사암제외)」이라 함은 아래 제4항의 「암」에서 제5항의 「유사암」을 제외한 암을 말합니다.

④「암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

⑤「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.
1.「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2.「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3.「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
4.「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

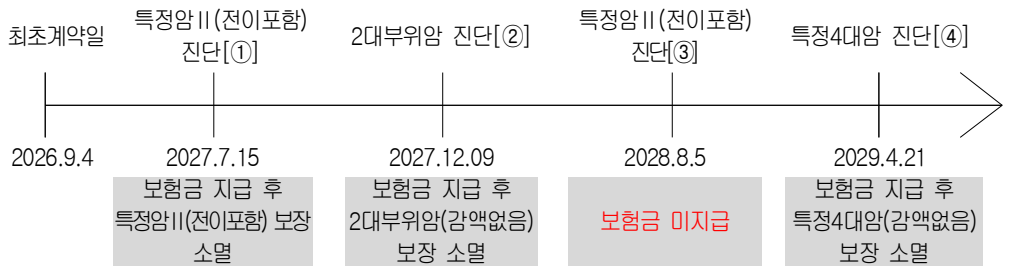
⑥ 제4항의 「암」중 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시] - 제4항의 「암」에 한하여 적용
- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑦ 제1항의 「특정암II(전이포함)」, 「골및생식기관암(전이포함)」, 「비뇨기관및특정내분비선암(전이포함)」, 「2대부위암III(전이포함)」, 「특정소화기관암(전이포함)」, 「2대부위암IV(전이포함)」에는 제6항을 적용하지 않습니다.

⑧「특정암II(전이포함)」, 「골및생식기관암(전이포함)」, 「비뇨기관및특정내분비선암(전이포함)」, 「2대부위암」, 「2대부위암III(전이포함)」, 「특정소화기관암(전이포함)」, 「2대부위암IV(전이포함)」, 「특정4대암」, 「암」, 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액

[보험금 지급 예시1]



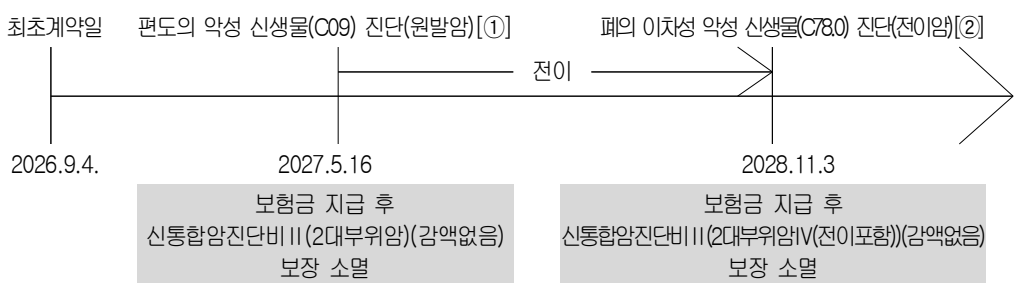
① : 2027.7.15. 진단확정된 특정암Ⅱ(전이포함)의 경우 최초계약일로부터 1년경과시점 전일 이전에 진단된 것으로, 특정암Ⅱ(전이포함)보장 **보험가입금액의 50%**를 보험금으로 지급 후 특정암Ⅱ(전이포함) 보장 **소멸**

② : 2027.12.09. 진단확정된 2대부위암의 경우 2대부위암보장 **보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 2대부위암(감액없음) 보장 **소멸**

③ : 2028.8.5. 진단확정된 특정암Ⅱ(전이포함)의 경우 이미 2026.7.15. 특정암Ⅱ(전이포함) 보장이 **소멸되었으므로, 보험금 미지급**

④ : 2029.4.21. 진단확정된 특정4대암의 경우 특정4대암보장 **보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 특정4대암(감액없음) 보장 **소멸**

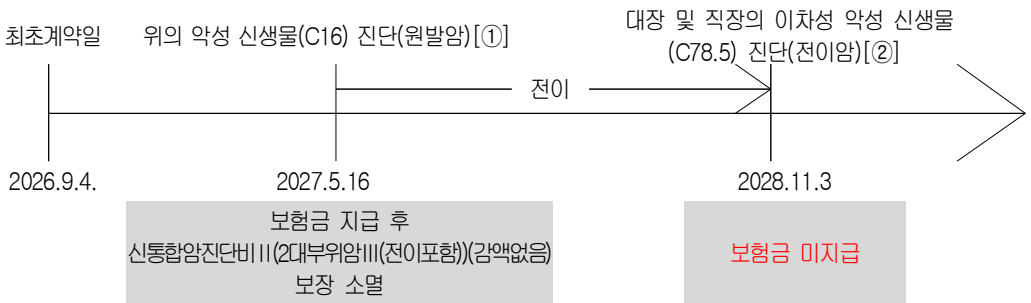
[보험금 지급 예시2]



① : 2027.5.16. 진단확정된 편도의 악성 신생물(C09)(원발암)의 경우 2대부위암보장 보험가입금액에 해당하는 보험금 지급 후 2대부위암(감액없음) 보장 **소멸**

② : 2028.11.3. 진단확정된 폐의 이차성 악성 신생물(C78.0)(전이암)의 경우 2대부위암Ⅳ(전이포함)보장 보험가입금액에 해당하는 보험금 지급 후 2대부위암Ⅳ(전이포함)(감액없음) 보장 **소멸**

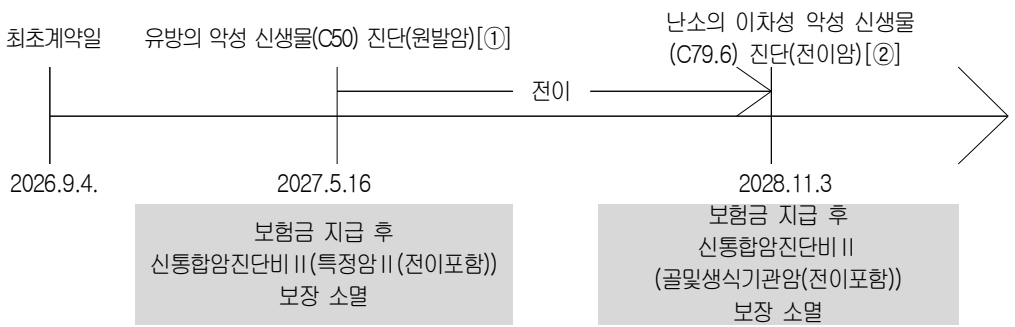
[보험금 지급 예시3]



① : 2027.5.16. 진단확정된 위의 악성 신생물(C16)(원발암)의 경우 2대부위암Ⅲ(전이포함)보장 보험가입금액에 해당하는 보험금 지급 후 2대부위암Ⅲ(전이포함)(감액없음) 보장 **소멸**

② : 2028.11.3. 진단확정된 대장 및 직장의 이차성 악성 신생물(C78.5)(전이암)의 경우 이미 2027.5.16. 2대부위암Ⅲ(전이포함)(감액없음) 보장이 소멸되었으므로, **보험금 미지급**

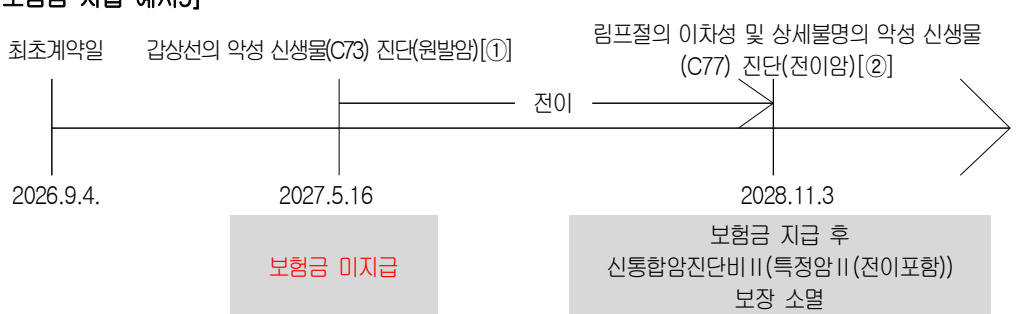
[보험금 지급 예시4]



① : 2027.1.15 진단확정된 유방의 악성 신생물(C50)(원발암)의 경우 최초계약일로부터 1년경과시점 전일 이전에 진단된 것으로, 특정암Ⅱ(전이포함)보장 **보험가입금액의 50%**를 보험금으로 지급 후 특정암Ⅱ(전이포함) 보장 **소멸**

② : 2028.11.3. 진단확정된 난소의 이차성 악성 신생물(C79.6)(전이암)의 경우 1년경과시점 이후에 진단된 것으로 골및생식기관암(전이포함)보장 **보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 골및생식기관암(전이포함) 보장 **소멸**

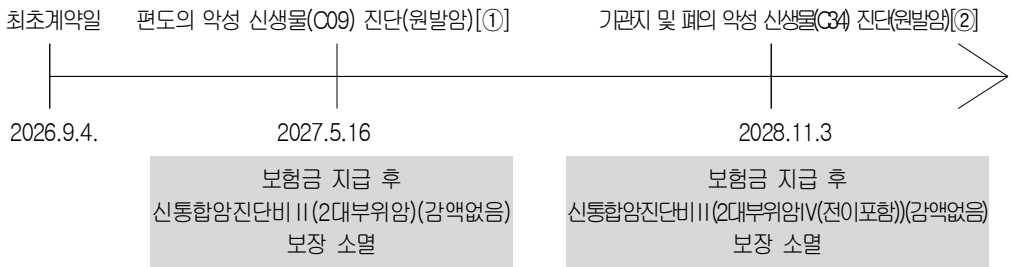
[보험금 지급 예시5]



① : 2027.5.16. 진단확정된 갑상선의 악성 신생물(C73)(원발암)의 경우 신통합암(전이포함)진단비Ⅱ(유사암제외) 보장항목 제외 질병으로 보험금 지급사유에 해당되지 않아 **보험금 미지급**

② : 2028.11.3. 진단확정된 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(C77)(전이암)의 경우 특정암Ⅱ(전이포함)보장 보험가입금액에 해당하는 보험금 지급 후 특정암Ⅱ(전이포함) 보장 **소멸**

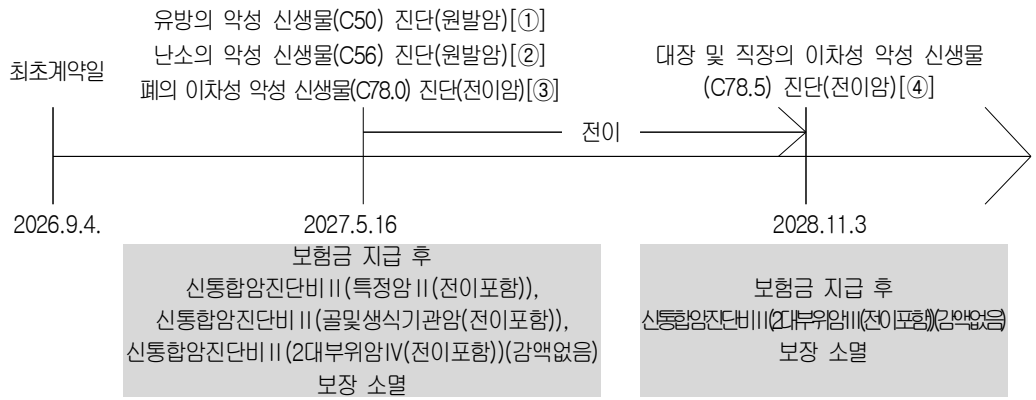
[보험금 지급 예시6]



① : 2027.5.16. 진단확정된 편도의 악성 신생물(C09)(원발암)의 경우 2대부위암보장 보험가입금액에 해당하는 보험금 지급 후 2대부위암(감액없음) 보장 **소멸**

② : 2028.11.3. 진단확정된 기관지 및 폐의 악성 신생물(C34)(원발암)의 경우 2대부위암Ⅳ(전이포함) 보장 보험가입금액에 해당하는 보험금 지급 후 2대부위암Ⅳ(전이포함)(감액없음) 보장 **소멸**

[보험금 지급 예시7]



① : 2027.12.16. 진단확정된 유방의 악성 신생물(C50)(원발암)의 경우 특정암Ⅱ(전이포함)보장 보험가입금액에 해당하는 보험금 지급 후 특정암Ⅱ(전이포함) 보장 **소멸**

② : 2027.12.16. 동시 진단확정된 난소의 악성 신생물(C56)(원발암)의 경우 골및생식기관암(전이포함) 보장 보험가입금액에 해당하는 보험금 지급 후 골및생식기관암(전이포함) 보장 **소멸**

③ : 2027.12.16. 진단확정된 폐의 이차성 악성 신생물(C78.0)(전이암)의 경우 2대부위암Ⅳ(전이포함) 보장 보험가입금액에 해당하는 보험금 지급 후 2대부위암Ⅳ(전이포함)(감액없음) 보장 **소멸**

④ : 2028.11.3. 동시 진단확정된 대장 및 직장의 이차성 악성 신생물(C78.5)(전이암)의 경우 2대부위암Ⅲ(전이포함)보장 보험가입금액에 해당하는 보험금 지급 후 2대부위암Ⅲ(전이포함)(감액없음) 보장 **소멸**

(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「특정암Ⅱ(전이포함)」, 「골및생식기관암(전이포함)」, 「비뇨기관및특정내분비선암(전이포함)」, 「2대부위암」, 「2대부위암Ⅲ(전이포함)」, 「특정소화기관암(전이포함)」, 「2대부위암Ⅳ(전이포함)」, 「특정4대암」, 「암」, 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

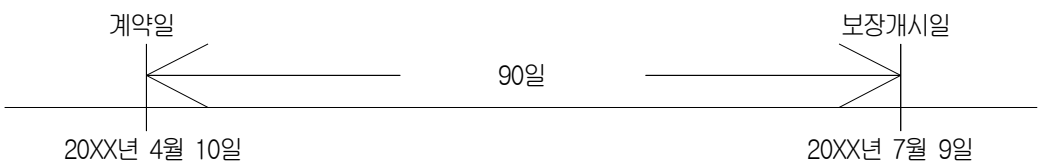
⑨ 제8항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「특정암Ⅱ(전이포함)」, 「골및생식기관암(전이포함)」, 「비뇨기관및특정내분비선암(전이포함)」, 「2대부위암」, 「2대부위암Ⅲ(전이포함)」, 「특정소화기관암(전이포함)」, 「2대부위암Ⅳ(전이포함)」, 「특정4대암」, 「암」, 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제8항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 신통합암(전이포함)진단비Ⅱ(유사암제외)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

< 신통합암(전이포함)진단비Ⅱ(유사암제외)의 보장개시일 >

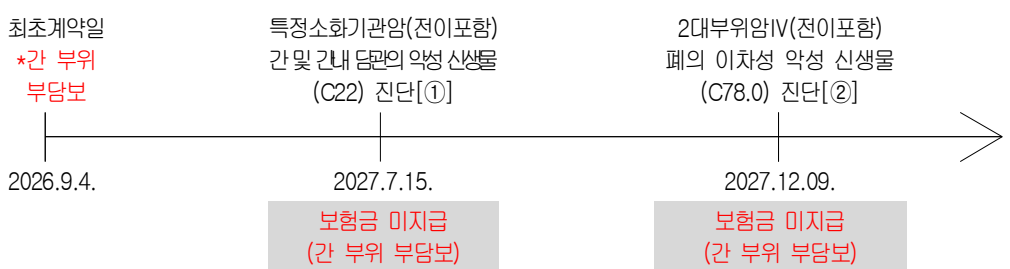


② 이 계약의 피보험자가 [제6장. 제도성 특별약관] [2. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관]을 가입한 경우 면책기간동안 [제6장. 제도성 특별약관] [2. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관] 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제1호에도 불구하고 "특정부위" 이외에서 발생한 암이 "특정부위"로 전이된 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

③ 피보험자가 제1항의 보장개시일 이후 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제7조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

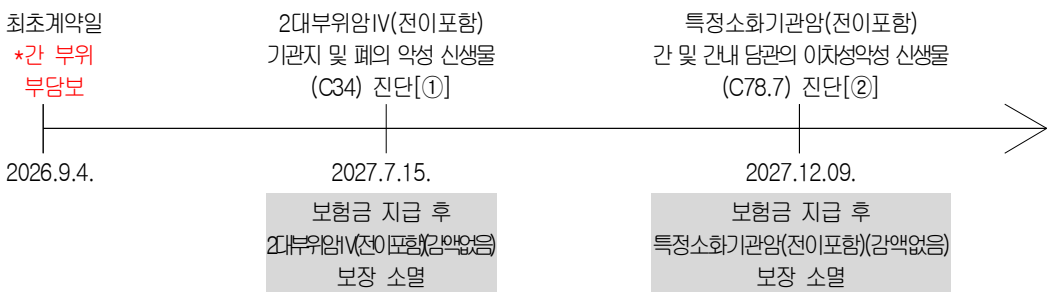
[보험금 지급 예시8]



① : 2027.7.15. 진단확정된 간 및 간내 담관의 악성 신생물(C22)(원발암)의 경우 **[제6장. 제도성 특별약관]의 [2. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관] 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제1호에 따라 보험금 미지급**

② : 2027.12.09. 진단확정된 폐의 이차성 악성 신생물(C78.0)(전이암)이 **①항의 간 및 간내 담관의 악성 신생물(C22)(원발암)에서 전이된 경우** [제6장. 제도성 특별약관]의 [2. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관] 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제1호에 따라 **보험금 미지급**

[보험금 지급 예시9]



① : 2027.7.15. 진단확정된 기관지 및 폐의 악성 신생물(C34)(원발암)의 경우 2대부위암IV(전이포함) 보장 보험가입금액에 해당하는 보험금 지급 후 2대부위암IV(전이포함)(감액없음) 보장 **소멸**

② : 2027.12.09. 진단확정된 간 및 간내 담관의 이차성 악성 신생물(C78.7)(전이암)이 ①항의 기관지 및 폐의 악성 신생물(C34)(원발암)에서 전이된 경우 **[제6장. 제도성 특별약관]의 [2. 특정 신체부위・질병 보장제한부 인수 특별약관]의 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제1호에도 불구하고** 특정소화기관암(전이포함)보장 보험가입금액에 해당하는 **보험금 지급** 후 특정소화기관암(전이포함)(감액없음) 보장 **소멸**

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제2조(「신통합암(전이포함)II(유사암제외)」의 정의 및 진단확정) 제3항의 「암(유사암제외)」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 「신통합암진단비II(특정암II(전이포함)) 보장」, 「신통합암진단비II(골및생식기관암(전이포함)) 보장」, 「신통합암진단비II(비뇨기관및특정내분비선암(전이포함)) 보장」, 「신통합암진단비II(2대부위암)(감액없음) 보장」, 「신통합암진단비II(2대부위암III(전이포함))(감액없음) 보장」, 「신통합암진단비II(특정소화기관암(전이포함))(감액없음) 보장」, 「신통합암진단비II(2대부위암IV(전이포함))(감액없음) 보장」, 「신통합암진단비II(특정4대암)(감액없음) 보장」에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며. 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 제1항에 따라 모든 보장이 소멸 된 경우, 즉 총8회 보험금을 지급받은 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

③ 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특

별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

105. 비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비 특별약관

105-1. 비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비(통합간편가입형) 특별약관
105-2. 비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비 특별약관

105-1, 105-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 비급여 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우에는 각 세부보장별 「연간 비급여 암주요치료횟수」에 해당하는 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	세부보장	연간 비급여 암주요치료횟수	지 급 금 액	
			보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이후
비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비	비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비(연간주요치료 1회한)	1회	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액
	비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비 (연간주요치료 2회및3회이상)	2회	이 세부보장 보험가입금액의 50%	이 세부보장 보험가입금액
		3회이상	이 세부보장 보험가입금액의 75%	이 세부보장 보험가입금액의 150%

2. 위 제1호에도 불구하고, 피보험자가 「연간 비급여 암주요치료횟수」 2회에 해당하는 보험금을 지급받은 후 「연간 비급여 암주요치료횟수」3회 이상에 해당하게 된 경우에는 3회 이상에 해당하는 보험금 중에서 이미 지급받은 보험금을 차감하고 지급합니다.

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

세부보장
비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비(연간주요치료 1회한) 보장
비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상) 보장

제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
   다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「비급여 암주요치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「비급여 암주요치료」라 함은「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 수술」을 받은 경우
2. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」를 받은 경우
3. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」를 받은 경우

② 「비급여 암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 비급여 암주요치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 단순 호르몬제 치료(다만, 호르몬성 항암치료는 「비급여 암주요치료」에 포함됩니다)

단순 호르몬제 치료
암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.
가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 "비급여 암주요치료"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 이 특별약관에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.
④ 이 특별약관에서 비급여라 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.
⑤ 제1항 제1호의 「전액본인부담(비급여포함) 수술」은 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.
⑥ 제1항 제2호의 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.
⑦ 제1항 제3호의 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 항암제의 약제비가 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

용어의 정의
· 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제4조(「암수술」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술」이라 함은 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받는 것을 말합니다.
② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료

효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

⑥ 제1항 내지 제2항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

제5조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)를 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

< 비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비의 보장개시일 >

② 이 특별약관에서 「비급여 암주요치료」라 함은 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 「전액본인부담(비급여포함) 수술」, 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」 또는 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」의 치료를 말합니다.

③「연간 비급여 암주요치료횟수」라 함은 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고 그 치료를 목적으로 받은 「비급여 암주요치료」의 주요치료항목별 연간치료횟수를 아래의 산정 기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.

주 요 치 료 항 목	산 정 기 준
전액본인부담(비급여포함) 수술	수술1회당
전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료	연간1회당
전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료	연간1회당

연간 비급여 암주요치료횟수 산정 예시

예시1)
연간 전액본인부담(비급여포함) 수술 1회,
연간 전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료 1회,
연간 전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료 1회 시행한 경우
⇒ 연간 비급여 암주요치료횟수 : 3회 (1회+1회+1회)

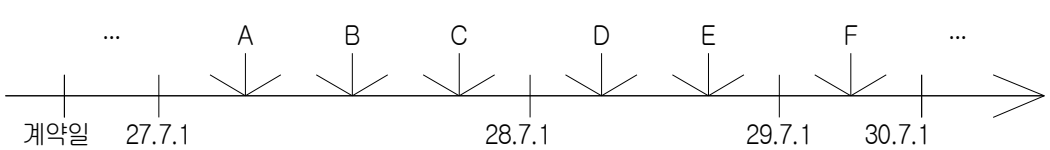
예시2)
연간 전액본인부담(비급여포함) 수술 0회,
연간 전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료 2회,
연간 전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료 1회 시행한 경우
⇒ 연간 비급여 암주요치료횟수 : 2회 (0회+1회+1회)

예시3)
연간 전액본인부담(비급여포함) 수술 2회,
연간 전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료 0회,
연간 전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료 1회 시행한 경우
⇒ 연간 비급여 암주요치료횟수 : 3회 (2회+0회+1회)

④ 제3항의 「연간 비급여 암주요치료횟수」는 계약해당일을 기준으로 매년 재산정됩니다.

[보험금 지급 예시]
- 비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비(연간주요치료 1회한)
  : 세부보장 가입금액 2,000만원
- 비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상)
  : 세부보장 가입금액 1,000만원
- 특별약관의 계약일 : 2026년 7월 1일
- 암 진단일 : 2027년 6월 1일

A : 전액본인부담(비급여포함) 수술
B : 전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료
C : 전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료
D : 전액본인부담(비급여포함) 수술
E : 전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료
F : 전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료



A : 2,000만원 지급(연간 비급여 암주요치료횟수 1회)
B : 1,000만원 지급(연간 비급여 암주요치료횟수 2회)
C : 500만원 지급(연간 비급여 암주요치료횟수 3회)
⇒ 3회 이상에 해당하는 보험금(1,500만원) 중에서 이미 지급받은 보험금(1,000만원)을 차감하고 지급
D : 2,000만원 지급(연간 비급여 암주요치료횟수 1회)
E : 1,000만원 지급(연간 비급여 암주요치료횟수 2회)
F : 2,000만원 지급(연간 비급여 암주요치료횟수 1회)

⑤ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료를 받은 경우에도 주요치료항목 중 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」에 한하여 「연간 비급여 암주요치료횟수」를 1회로 산정합니다.
⑥ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료를 받은 경우에도 주요치료항목 중 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」에 한하여 「연간 비급여 암주요치료횟수」를 1회로 산정합니다.
⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑨ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.
② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

106. 신통합항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외) 특별약관

106-1. 신통합항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(통합간편가입형) 특별약관
106-2. 신통합항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외) 특별약관

106-1 및 106-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

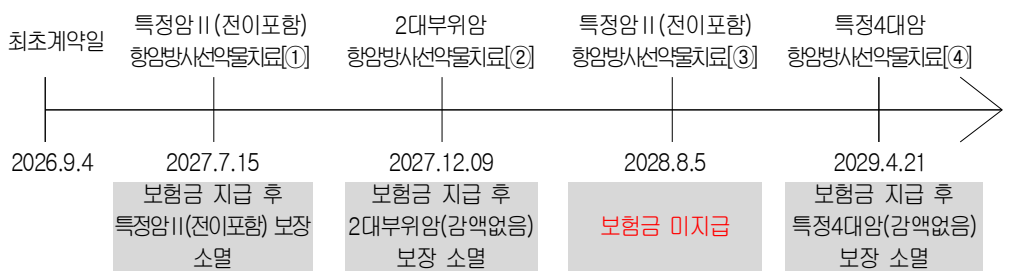
1. 신통합항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「신통합암(전이포함)Ⅱ(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)의 「신통합암(전이포함)Ⅱ(유사암제외)」으로 진단 확정되고, 그 「신통합암(전이포함)Ⅱ(유사암제외)」의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 세부보장별 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액	
	계약일로부터 1년미만 발생시	계약일로부터 1년이후 발생시
신통합항암방사선약물치료비(특정암Ⅱ(전이포함)) 보장	세부보장 보험가입금액의 50%	세부보장 보험가입금액
신통합항암방사선약물치료비(골및생식기관암(전이포함)) 보장	세부보장 보험가입금액의 50%	세부보장 보험가입금액
신통합항암방사선약물치료비(비뇨기관및특정내분비선암(전이포함)) 보장	세부보장 보험가입금액의 50%	세부보장 보험가입금액
신통합항암방사선약물치료비(2대부위암)(감액없음) 보장	세부보장 보험가입금액	
신통합항암방사선약물치료비(2대부위암Ⅲ(전이포함))(감액없음) 보장	세부보장 보험가입금액	
신통합항암방사선약물치료비(특정소화기관암(전이포함))(감액없음) 보장	세부보장 보험가입금액	
신통합항암방사선약물치료비(2대부위암Ⅳ(전이포함))(감액없음) 보장	세부보장 보험가입금액	
신통합항암방사선약물치료비(특정4대암)(감액없음) 보장	세부보장 보험가입금액	

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

보 장
1) 신통합항암방사선약물치료비(특정암Ⅱ(전이포함)) 보장 2) 신통합항암방사선약물치료비(골및생식기관암(전이포함)) 보장 3) 신통합항암방사선약물치료비(비뇨기관및특정내분비선암(전이포함)) 보장 4) 신통합항암방사선약물치료비(2대부위암)(감액없음) 보장 5) 신통합항암방사선약물치료비(2대부위암Ⅲ(전이포함))(감액없음) 보장 6) 신통합항암방사선약물치료비(특정소화기관암(전이포함))(감액없음) 보장 7) 신통합항암방사선약물치료비(2대부위암Ⅳ(전이포함))(감액없음) 보장 8) 신통합항암방사선약물치료비(특정4대암)(감액없음) 보장

[보험금 지급 예시1]



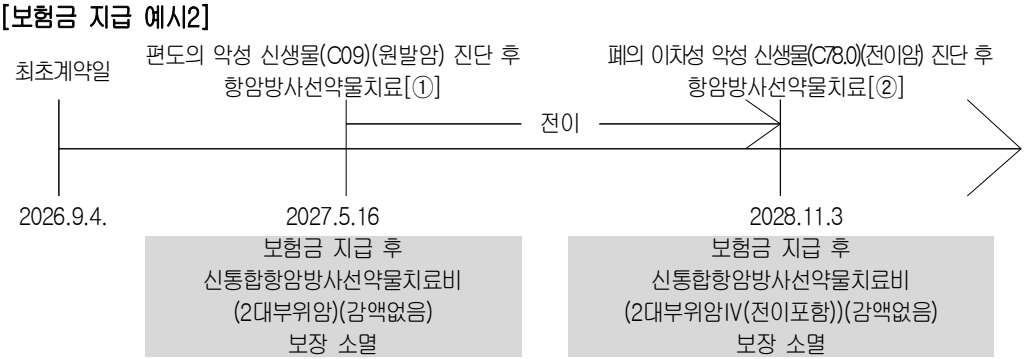
① : 2027.7.15. 신통합항암방사선약물치료비(특정암Ⅱ(전이포함))의 경우 최초계약일로부터 1년경과시점 전일 이전에 진단된 것으로, 특정암Ⅱ(전이포함)보장 **보험가입금액의 50%**를 보험금으로 지급 후 특정암Ⅱ(전이포함) 보장 **소멸**

② : 2027.12.09. 신통합항암방사선약물치료비(2대부위암)(감액없음)의 경우 2대부위암보장 **보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 2대부위암(감액없음) 보장 **소멸**

③ : 2028.8.5. 이미 2026.7.15. 신통합항암방사선약물치료비(특정암Ⅱ(전이포함)) 보장이 **소멸되었으므로, 보험금 미지급**

④ : 2029.4.21. 신통합항암방사선약물치료비(특정4대암)(감액없음)의 경우 특정4대암보장 **보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 특정4대암(감액없음) 보장 **소멸**

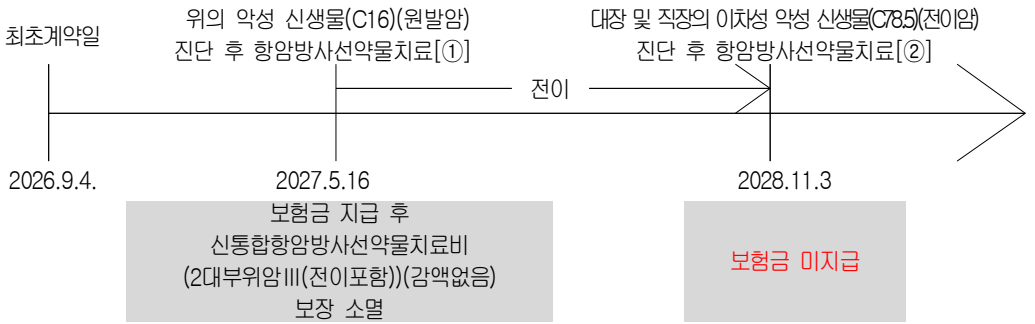
[보험금 지급 예시2]



① : 2027.5.16. 편도의 악성 신생물(C09)(원발암) 진단 후 항암방사선약물치료를 받은 경우 2대부위암 보장 보험가입금액에 해당하는 보험금 지급 후 2대부위암(감액없음) 보장 **소멸**

② : 2028.11.3. 폐의 이차성 악성 신생물(C78.0)(전이암) 진단 후 항암방사선약물치료를 받은 경우 2대부위암Ⅳ(전이포함)보장 보험가입금액에 해당하는 보험금 지급 후 2대부위암Ⅳ(전이포함)(감액없음) 보장 **소멸**

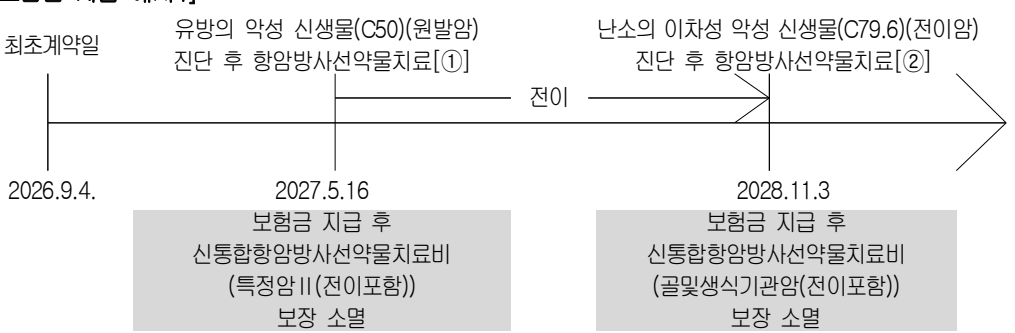
[보험금 지급 예시3]



① : 2027.5.16. 위의 악성 신생물(C16)(원발암) 진단 후 항암방사선약물치료를 받은 경우 2대부위암III(전이포함)보장 보험가입금액에 해당하는 보험금 지급 후 2대부위암III(전이포함)(감액없음) 보장 **소멸**

② : 2028.11.3. 대장 및 직장의 이차성 악성 신생물(C78.5)(전이암) 진단 후 항암방사선약물치료를 받은 경우 이미 2026.5.16. 2대부위암III(전이포함)(감액없음) 보장이 소멸되었으므로, **보험금 미지급**

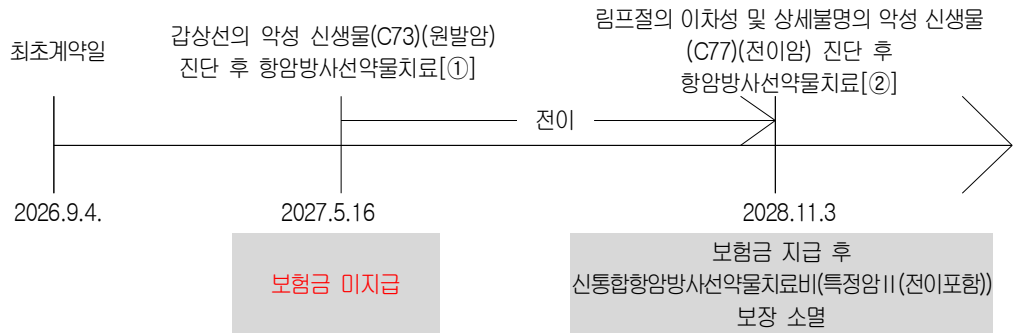
[보험금 지급 예시4]



① : 2027.1.15 유방의 악성 신생물(C50)(원발암) 진단 후 항암방사선약물치료를 받은 경우 최초계약일로부터 1년경과시점 전일 이전에 진단된 것으로, 특정암II(전이포함)보장 **보험가입금액의 50%**를 보험금으로 지급 후 특정암II(전이포함) 보장 **소멸**

② : 2028.11.3. 난소의 이차성 악성 신생물(C79.6)(전이암) 진단 후 항암방사선약물치료를 받은 경우 1년경과시점 이후에 진단된 것으로 골및생식기관암(전이포함)보장 **보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 골및생식기관암(전이포함) 보장 **소멸**

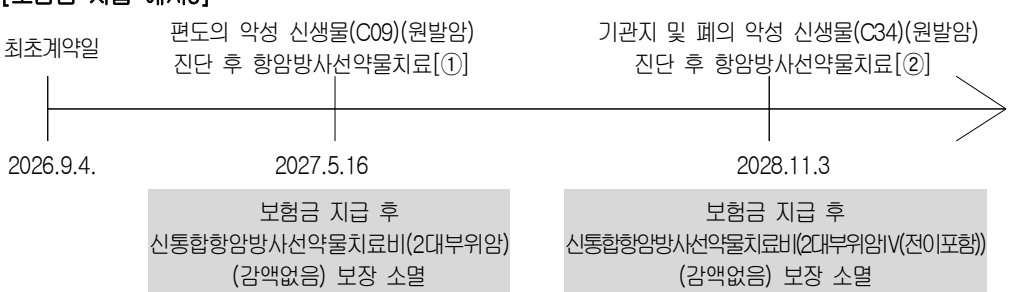
[보험금 지급 예시5]



① : 2027.5.16. 갑상선의 악성 신생물(C73)(원발암) 진단 후 항암방사선약물치료를 받은 경우 신통합항암방사선약물치료비II(유사암제외) 보장항목 제외 질병으로 보험금 지급사유에 해당되지 않아 <u>보험금 미지급</u>

② : 2028.11.3. 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(C77)(전이암) 진단 후 항암방사선약물치료를 받은 경우 특정암II(전이포함)보장 보험가입금액에 해당하는 보험금 지급 후 특정암II(전이포함) 보장 <u>소멸</u>

[보험금 지급 예시6]



① : 2027.5.16. 편도의 악성 신생물(C09)(원발암) 진단 후 항암방사선약물치료를 받은 경우 2대부위암 보장 보험가입금액에 해당하는 보험금 지급 후 2대부위암(감액없음) 보장 <u>소멸</u>

② : 2028.11.3. 기관지 및 폐의 악성 신생물(C34)(원발암) 진단 후 항암방사선약물치료를 받은 경우 2대부위암IV(전이포함)보장 보험가입금액에 해당하는 보험금 지급 후 2대부위암IV(전이포함)(감액없음) 보장 <u>소멸</u>

제2조(「신통합암(전이포함)II(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「신통합암(전이포함)II(유사암제외)」이라 함은 「특정암II(전이포함)」, 「골및생식기관암(전이포함)」, 「비뇨기관및특정내분비선암(전이포함)」, 「2대부위암」, 「2대부위암III(전이포함)」, 「특정소화기관암(전이포함)」, 「2대부위암IV(전이포함)」, 「특정4대암」을 총칭하나, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 제1항의 「특정암II(전이포함)」, 「골및생식기관암(전이포함)」, 「비뇨기관및특정내분비선암(전이포함)」, 「2대부위암」, 「2대부위암III(전이포함)」, 「특정소화기관암(전이포함)」, 「2대부위암IV(전이포함)」, 「특정4대암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「신통합암(전이포함)II(유사암제외) 분류표」(【별표66】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 제6조(특별약관의 무효)에서 「암(유사암제외)」이라 함은 아래 제4항의 「암」에서 제5항의 「유사암」을 제외한 암을 말합니다.

④「암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

⑤「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

1.「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2.「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3.「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
4.「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑥ 제4항의 「암」중 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시] - 제4항의 「암」에 한하여 적용

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑦ 제1항의 「특정암II(전이포함)」, 「골및생식기관암(전이포함)」, 「비뇨기관및특정내분비선암(전이포함)」, 「2대부위암III(전이포함)」, 「특정소화기관암(전이포함)」, 「2대부위암IV(전이포함)」에는 제6항을 적용하지 않습니다.

⑧「특정암II(전이포함)」, 「골및생식기관암(전이포함)」, 「비뇨기관및특정내분비선암(전이포함)」, 「2대부위암」, 「2대부위암III(전이포함)」, 「특정소화기관암(전이포함)」, 「2대부위암IV(전이포함)」, 「특정4대암」, 「암」, 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「특정암II(전이포함)」, 「골및생식기관암(전이포함)」, 「비뇨기관및특정내분비선암(전이포함)」, 「2대부위암」, 「2대부위암III(전이포함)」, 「특정소화기관암(전이포함)」, 「2대부위암IV(전이포함)」, 「특정4대암」, 「암」, 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑨ 제8항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「특정암II(전이포함)」, 「골및생식기관암(전이포함)」, 「비뇨기관및특정내분비선암(전이포함)」, 「2대부위암」, 「2대부위암III(전이포함)」, 「특정소화기관암(전이포함)」, 「2대부위암IV(전이포함)」, 「특정4대암」, 「암」, 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제8항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

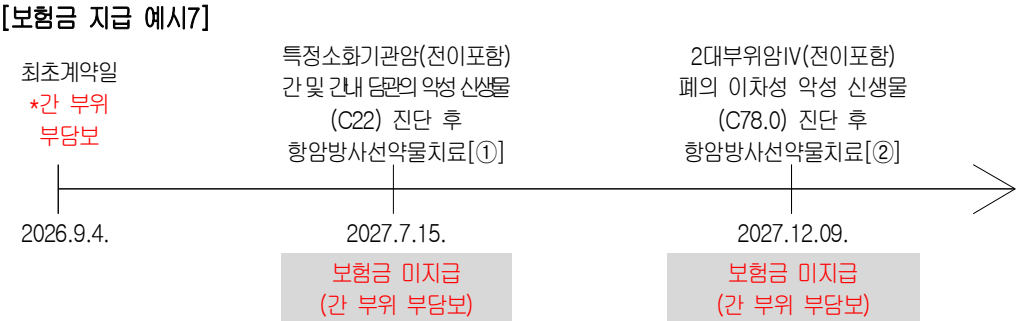
① 제1조(보험금의 지급사유) 신통합항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

< 신통합항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)의 보장개시일 >

② 이 계약의 피보험자가 [제6장. 제도성 특별약관]의 [2. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관]을 가입한 경우 면책기간동안 [제6장. 제도성 특별약관]의 [2. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관]제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제1호에도 불구하고 "특정부위" 이외에서 발생한 암이 "특정부위"로 전이된 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

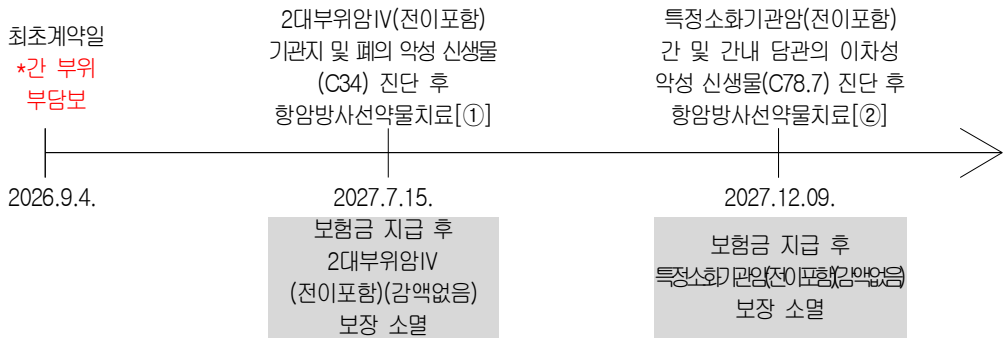
[보험금 지급 예시7]



① : 2027.7.15. 간 및 간내 담관의 악성 신생물(C22)(원발암) 진단 후 항암방사선약물치료를 받은 경우 **[제6장. 제도성 특별약관]의 [2. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관] 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제1호에 따라 보험금 미지급**

② : 2027.12.09. 진단확정된 폐의 이차성 악성 신생물(C78.0)(전이암)이 **①항의 간 및 간내 담관의 악성 신생물(C22)(원발암)에서 전이된 경우** [제6장. 제도성 특별약관]의 [2. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관] 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제1호에 따라 **보험금 미지급**

[보험금 지급 예시8]



① : 2027.7.15. 기관지 및 폐의 악성 신생물(C34)(원발암) 진단 후 항암방사선약물치료를 받은 경우 2대부위암IV(전이포함)보장 보험가입금액에 해당하는 보험금 지급 후 2대부위암IV(전이포함)(감액없음) 보장 **소멸**

② : 2027.12.09. 진단확정된 간 및 간내 담관의 이차성 악성 신생물(C78.7)(전이암)이 ①항의 기관지 및 폐의 악성 신생물(C34)(원발암)에서 전이된 경우 **[제6장. 제도성 특별약관]의 [2. 특정 신체부위・질병 보장제한부 인수 특별약관]의 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제1호에도 불구하고** 특정소화기관암(전이포함)보장 보험가입금액에 해당하는 **보험금 지급** 후 특정소화기관암(전이포함)(감액없음) 보장 **소멸**

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제2조(「신통합암(전이포함)II(유사암제외)」의 정의 및 진단확정) 제3항의 「암(유사암제외)」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 「신통합항암방사선약물치료비(특정암II(전이포함)) 보장」, 「신통합항암방사선약물치료비(골및생식기관암(전이포함)) 보장」, 「신통합항암방사선약물치료비(비뇨기관및특정내분비선암(전이포함)) 보장」, 「신통합항암방사선약물치료비(2대부위암)(감액없음) 보장」, 「신통합항암방사선약물치료비(2대부위암III(전이포함))(감액없음) 보장」, 「신통합항암방사선약물치료비(특정소화기관암(전이포함))(감액없음) 보장」, 「신통합항암방사선약물치료비(2대부위암IV(전이포함))(감액없음) 보장」, 「신통합항암방사선약물치료비(특정4대암)(감액없음) 보장」에 해당하는 지급사유가 발생

한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며. 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 제1항에 따라 모든 보장이 소멸 된 경우, 즉 총8회 보험금을 지급받은 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

③ 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

107. 암진단비(유사암제외)(5년간매월지급) 특별약관

107-1. 암진단비(유사암제외)(5년간매월지급)(통합간편가입형) 특별약관
107-2. 암진단비(유사암제외)(5년간매월지급) 특별약관

107-1 및 107-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 암진단비(유사암제외)(5년간매월지급) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)의 「암(유사암제외)」으로 진단이 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 5년간 매월 보험금 지급사유 발생일(단, 해당월에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우 해당월의 마지막날로 합니다)에 확정지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
암진단비(유사암제외) (5년간매월지급)	계약일로부터 1년미만 발생시	매월 이 특별약관 보험가입금액의 50% × 5년 × 12개월 (총60회 지급)
	계약일로부터 1년이후 발생시	매월 이 특별약관 보험가입금액 × 5년 × 12개월 (총60회 지급)

제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.
1. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 「암(유사암제외)」라 함은 제1항의 「암」에서 제2항의 「유사암」을 제외한 암을 말합니다.

④ 「암」, 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

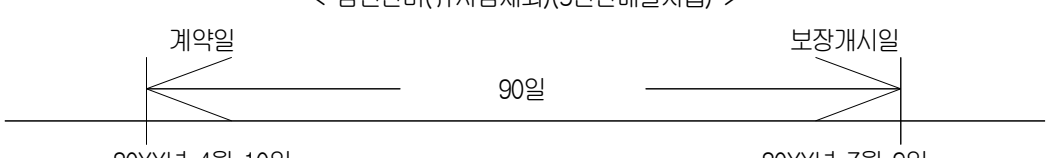
⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< 「제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 암진단비(유사암제외)(5년간매월지급)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

< 암진단비(유사암제외)(5년간매월지급) >



② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인

으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제7조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)의 암진단비(유사암제외)(5년간매월지급) 보험금은 보험수익자가 일시금으로 지급받고자 요청한 때에는 회사는 평균공시이율로 할인하여 계산한 금액을 지급하여 드립니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 암진단비(유사암제외)(5년간매월지급) 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

108. 암진단정기검진비(10년)(6개월지급형) 특별약관

108-1. 암진단정기검진비(10년)(6개월지급형)(통합간편가입형) 특별약관
108-2. 암진단정기검진비(10년)(6개월지급형) 특별약관

108-1 및 108-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 암진단정기검진비(10년)(6개월지급형) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)의 「암관련질병」으로 진단이 확정되었을 때에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급사유가 발생한 날부터 10년동안 매6개월마다 지급사유 발생일(단, 해당월에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우 해당월의 마지막날로 합니다)에 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
암진단정기검진비(10년)(6개월지급형)	암	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% × 20회
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 20회
	갑상선암 기타피부암 제자리암 경계성종양	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% × 20% × 20회
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 20% × 20회

제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암관련질병」이라 함은 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」(이하 「암관련질병」이라 합니다)을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
   다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.
5. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「암관련질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암관련질병」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암관련질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 암진단정기검진비(10년)(6개월지급형)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(단, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다)부터 보장이 개시됩니다.

< 암진단정기검진비(10년)(6개월지급형)의 보장개시일 >
(단, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양은 제외)

② 「암」 진단 확정 후 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」 진단 확정시에는 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」에 해당하는 보험금을 지급하지 않습니다. 그러나, 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」 진단 확정 후 「암」으로 진단 확정된 경우에는 「암」에 해당하는 보험금을 지급합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제7조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니

다.

제5조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)의 「암」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 암진단정기검진비(10년)(6개월지급형) 중 「암」에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

109. 전이암진단비 특별약관

109-1. 전이암진단비(통합간편가입형) 특별약관
109-2. 전이암진단비 특별약관

109-1 및 109-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 전이암진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「전이암」의 정의 및 진단확정)의 「전이암」으로 진단이 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액	
	계약일로부터 1년미만 발생시	계약일로부터 1년이후 발생시
전이암진단비	보험가입금액의 50%	보험가입금액

제2조(「전이암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「전이암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「전이암 분류표」(【별표68】 참조)에 해당하는 질병을 말하나, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 제5조(특별약관의 무효)에서 「암(유사암제외)」이라 함은 아래 제3항의 「암」에서 제4항의 「유사암」을 제외한 암을 말합니다.

③「암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

④「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.
1.「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2.「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3.「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
4.「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 제3항의 「암」중 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시] - 제3항의 「암」에 한하여 적용
- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑥ 제1항의 「전이암」에는 제5항을 적용하지 않습니다.

⑦「전이암」, 「암」,「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「전이암」, 「암」,「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「전이암」, 「암」,「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 전이암진단비의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

< 전이암진단비의 보장개시일 >

② 피보험자가 암보장개시일 이후 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제7조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제2조(「전이암」의 정의 및 진단확정) 제1항의 「전이암」 및 제3항의 「암(유사암제외)」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 전이암진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되

며. 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

110. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅱ(유사암)(치료별 연간1회한) 특별약관

110-1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅱ(유사암)(치료별 연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관

110-2. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅱ(유사암)(치료별 연간1회한) 특별약관

110-1 및 110-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅱ(유사암)(치료별 연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(「유사암」의 정의 및 진단확정)에서 정한「유사암」으로 진단확정되고 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 「상급종합병원」, 「국립암센터」, 「원자력의학원」에서 암주요치료Ⅲ(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 항암호르몬약물치료, 암중환자실치료)를 받은 경우에는 치료구분별로 각각 연간1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간	치료구분	지 급 금 액
상급종합병원 (국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅱ (유사암) (치료별 연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	암수술	이 특별약관 보험가입금액 (연간1회한)의 50%
		항암방사선치료	
		항암약물치료(호르몬치료제외)	
		항암호르몬약물치료	이 특별약관 보험가입금액 (연간1회한)의 25%
		암중환자실치료	이 특별약관 보험가입금액 (연간1회한)의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	암수술	이 특별약관 보험가입금액 (연간1회한)
		항암방사선치료	
		항암약물치료(호르몬치료제외)	
		항암호르몬약물치료	이 특별약관 보험가입금액 (연간1회한)의 50%
		암중환자실치료	이 특별약관 보험가입금액 (연간1회한)

제2조(「상급종합병원」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「상급종합병원II」이라 함은 「상급종합병원」, 「국립암센터」, 「원자력의학원」을 말합니다.

제3조(「국립암센터」 의 정의)

이 특별약관에서 「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말합니다.

[암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)]

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

[암관리법 제29조(부속기관의 설치)]

① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

제4조(「원자력의학원」 의 정의)

이 특별약관에서 「원자력의학원」이라 함은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 제13조의3(분원 또는 부설기관)에서 정한 한국원자력의학원의 부속병원을 말합니다.

[방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립)]

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원을 설립한다.

[방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의3(분원 또는 부설기관)]

① 의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

제5조(「유사암」 의 정의 및 진단확정)

① 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

1. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제6조(「암 주요치료III」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 주요치료III」라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 항암 호르몬약물치료, 암중환자실치료를 말합니다.

②「암 주요치료III」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. 단순 호르몬제 치료(다만, 호르몬성 항암치료는 「암 주요치료III」에 포함됩니다)

단순 호르몬제 치료

암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.

가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 "암 주요치료III"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

제7조(「암수술」등의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술」이라 함은 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑥ 제1항 내지 제2항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의

- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제8조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」 등의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

③「항암약물치료(호르몬치료제외)」라 함은 제2항에서 정한「항암약물치료」중에서 제4항에서 정한 「항암호르몬약물치료」를 제외한 치료를 말합니다.

④「항암호르몬약물치료」라 함은 제2항에서 정한 「항암약물치료」 중에서 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 "호르몬성 항암제"를 말합니다.

1. 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"에서 정한 약효분류번호 421(항악성종양제), 617(주로 악성종양에 작용하는 것)에 해당하는 약제
2. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계에 따라 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터(KPIS)에서 부여한 국내 의약품 ATC코드에서 L02(항악성종양제 및 면역조절제 중 내분비 치료제)에 해당하는 약제

호르몬성 항암제
호르몬의 작용을 억제하거나 조절하여 암세포의 성장을 억제하는 약물

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고, 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"의 개정에 따라 제4항 제1호의 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

⑥ 제4항 제2호에도 불구하고, 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계의 개정으로 제4항 제2호의 "ATC코드"가 폐지 또는 변경되거나, 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터에서 국내 의약품에 대하여 "ATC코드"를 부여하지 않아 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 기준을 따릅니다.

제9조(「암중환자실치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「암중환자실치료」라 함은 의사에 의하여 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「유사암」으로 제2조(「상급종합병원」등의 정의)에서 정한 상급종합병원Ⅱ의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다

② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제10조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「암중환자실치료」는 상급종합병원Ⅱ의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

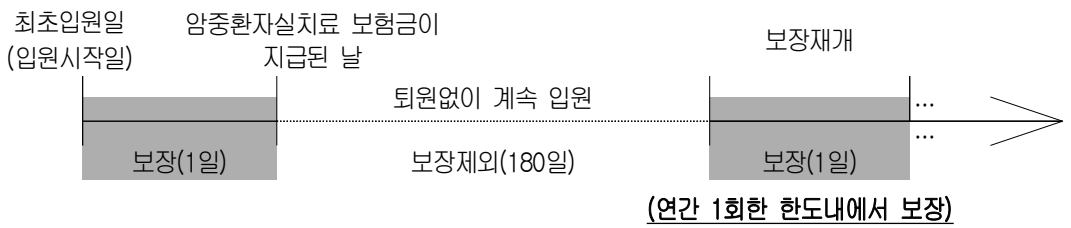
② 제1조(보험금의 지급사유)의 「암중환자실치료」는 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「유사암」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「유사암」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「유사암」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「유사암」으로 진단된 경우에는 이는 「유사암」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 동일한 「유사암」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「유사암」에 대한 입원이라도 암중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일

이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시] 임중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



④ 피보험자가 다른 상급종합병원Ⅱ 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	-
2026.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2026.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2027.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑤ 피보험자가 상급종합병원Ⅱ 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원Ⅱ 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 상급종합병원Ⅱ 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원Ⅱ에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 암중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제12조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별

약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

111. 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관

111-1. 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관
111-2. 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관

111-1 및 111-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」,「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암」,「기타피부암」 또는「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 「특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
특정면역항암약물허가치료비 (연간1회한)	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신 계약	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「암」,「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
   다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명

부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제4조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)의 의료기관에서 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제2항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암제」란 식품의약품안전처 예규 「의약품등 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 2가지에 해당하는 항암치료제를 말합니다.

가. 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)
나. 항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제

【면역관문억제제(Immune checkpoint inhibitors)】
면역관문억제제(Immune checkpoint inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1,PD-L1.CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)을 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

【항체약물중합체 (Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제】
항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate)항암치료제란 항암제에 특정 암세포의 항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

【특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】
특정면역항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 「특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 분류표」(【별표69】 참조)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

③ 제1항의 「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 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

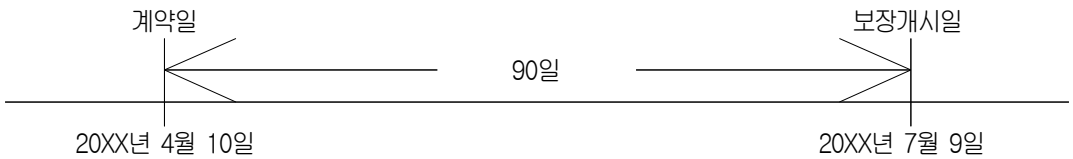
「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법
- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에서 특정면역항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제2항에서 정한 「특정면역항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제4조(항암약물치료의 정의)
이 특별약관에서 항암약물치료라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 제1조(보험금의 지급사유) 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.
1. 최초계약의 경우 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
   (단, 갑상선암, 기타피부암에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다)
2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

< 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)의 보장개시일 >
(단, 기타피부암 및 갑상선암은 제외, 최초계약에 한함)

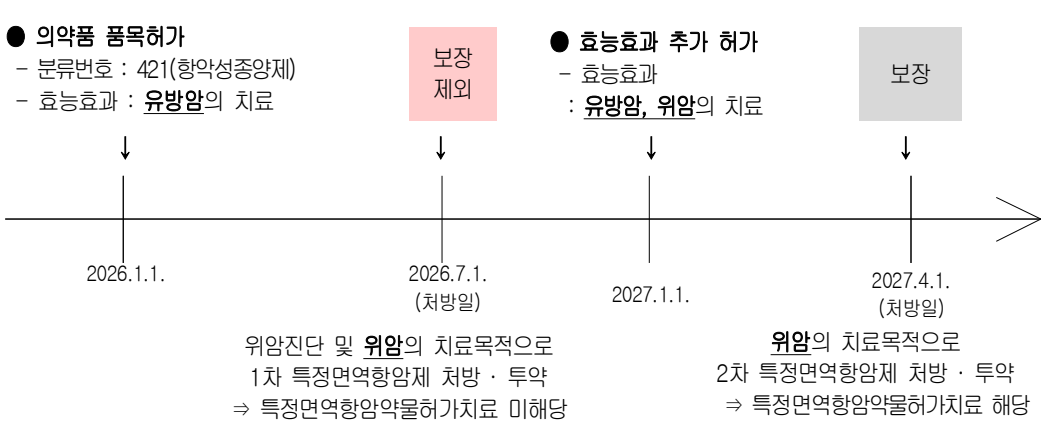


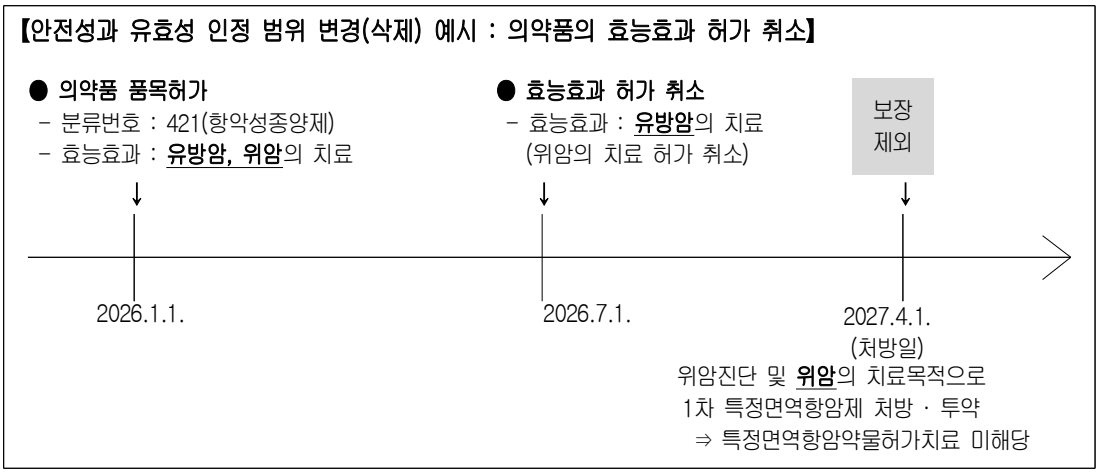
② 제1조(보험금의 지급사유)의 특정면역항암약물허가치료비는 특정면역항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위】

③ 제1조(보험금의 지급사유)의 「약물허가치료를 받은 경우」라 함은 특정면역항암제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제3조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시 : 의약품의 효능효과 추가 허가】





④ 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암」,「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암」(갑상선암, 기타피부암은 제외합니다)으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 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
   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 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제10조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제11조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

112. 통합 뇌질병진단비II 특별약관

112-1. 통합 뇌질병진단비II(통합간편가입형) 특별약관
112-2. 통합 뇌질병진단비II 특별약관

112-1 및 112-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 통합 뇌질병진단비II : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「통합 뇌질병」의 정의 및 진단확정)의 「통합 뇌질병」으로 진단 확정된 경우 각 세부보장별 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
통합 뇌질병진단비II	계약일로부터 90일미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 10%
	계약일로부터 90일이상 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

보 장
1) 통합뇌(뇌전증)진단비Ⅱ 보장 2) 통합뇌(일과성뇌허혈발작)진단비Ⅱ 보장 3) 통합뇌(뇌졸중Ⅱ)진단비Ⅱ 보장 4) 통합뇌(뇌혈관질환(협착증))진단비Ⅱ 보장 5) 통합뇌(뇌혈관질환(뇌졸중제외))진단비Ⅱ 보장

제2조(「통합 뇌질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「통합 뇌질병」이라 함은 「뇌전증」,「일과성뇌허혈발작」,「뇌졸중Ⅱ」,「뇌혈관질환(협착증)」,「뇌혈관질환(뇌졸중제외)」를 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「뇌전증」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「뇌전증」으로 분류되는 질병(【별표70】(통합뇌질병 분류표) 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「일과성뇌허혈발작」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「일과성뇌허혈발작」으로 분류되는 질병(【별표70】(통합뇌질병 분류표) 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「뇌졸중Ⅱ」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「뇌졸중Ⅱ」으로 분류되는 질병(【별표70】(통합뇌질병 분류표) 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「뇌혈관질환(협착증)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「뇌혈관질환(협착증)」으로 분류되는 질병(【별표70】(통합뇌질병 분류표) 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「뇌혈관질환(뇌졸중제외)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「뇌혈관질환(뇌졸중제외)」으로 분류되는 질병(【별표70】(통합뇌질병 분류표) 참조)을 말합니다.

⑦「뇌전증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌파검사, 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가「뇌전증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

⑧「일과성뇌허혈발작」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌영상검사(초음파, CT, MRI 등) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가「일과성뇌허혈발작」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

⑨「뇌졸중Ⅱ」,「뇌혈관질환(협착증)」,「뇌혈관질환(뇌졸중제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화당층술(SPECT), 뇌척수액검사(CSF) 등의 검사기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「뇌졸중Ⅱ」,「뇌혈관질환(협착증)」,「뇌혈관질환(뇌졸중제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

⑩ 제7항 내지 제9항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「뇌전증」,「일과성뇌허혈발작」,「뇌졸중Ⅱ」,「뇌혈관질환(협착증)」,「뇌혈관질환(뇌졸중제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「뇌전증」,「일과성뇌허혈발작」,「뇌졸중Ⅱ」,「뇌혈관질환(협착증)」,「뇌혈관질환(뇌졸중제외)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인

으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 각각의 세부보장에 해당하는 보험금을 지급한 경우에 각각에 대한 회사의 보상책임은 소멸하며, 회사는 소멸되는 부분에 대한 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유) 통합 뇌질병진단비의 세부보장별 지급사유가 모두 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

113. 통합 심장질병진단비Ⅱ 특별약관

113-1. 통합 심장질병진단비Ⅱ(통합간편가입형) 특별약관
113-2. 통합 심장질병진단비Ⅱ 특별약관

113-1 및 113-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 통합 심장질병진단비Ⅱ : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「통합 심장질병」의 정의 및 진단확정)의 「통합 심장질병」으로 진단 확정된 경우 각 세부보장별 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
통합 심장질병 진단비Ⅱ	계약일로부터 90일미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 10%
	계약일로부터 90일이상 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

보 장
1) 통합심장(심근병증(허혈성제외))진단비Ⅱ 보장 2) 통합심장(심장판막협착증(대동맥판막))진단비Ⅱ 보장 3) 통합심장(심장질환(특정Ⅰ))진단비Ⅱ 보장 4) 통합심장(심장질환(특정Ⅱ))진단비Ⅱ 보장 5) 통합심장(특정심혈관질환(기타심장부정맥))진단비Ⅱ 보장

제2조(「통합 심장질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「통합 심장질병」이라 함은 「심근병증(허혈성제외)」, 「심장판막협착증(대동맥판막)」, 「심장질환(특정Ⅰ)」, 「심장질환(특정Ⅱ)」, 「특정심혈관질환(기타심장부정맥)」를 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「심근병증(허혈성제외)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「심근병증(허혈성제외)」으로 분류되는 질병(【별표71】(통합심장질병 분류표) 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「심장판막협착증(대동맥판막)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「심장판막협착증(대동맥판막)」으로 분류되는 질병(【별표71】(통합심장질병 분류표) 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「심장질환(특정Ⅰ)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「심장질환(특정Ⅰ)」으로 분류되는 질병(【별표71】(통합심장질병 분류표) 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「심장질환(특정Ⅱ)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「심장질환(특정Ⅱ)」으로 분류되는 질병(【별표71】(통합심장질병 분류표) 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「특정심혈관질환(기타심장부정맥)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「특정심혈관질환(기타심장부정맥)」으로 분류되는 질병(【별표71】(통합심장질병 분류표) 참조)을 말합니다.

⑦ 「심근병증(허혈성제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI) 또는 심장 전산화단층촬영(CT) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「심근병증(허혈성제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

⑧ 「심장판막협착증(대동맥판막)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장 전산화단층촬영(CT), 양전자방출단층술(PET), 관상동맥조영술 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「심장판막협착증(대동맥판막)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

⑨ 「심장질환(특정Ⅰ)」 및 「심장질환(특정Ⅱ)」의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장 전산화단층촬영(CT), 양전자방출단층술(PET), 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「심장질환(특정Ⅰ)」 및 「심장질환(특정Ⅱ)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

⑩ 「특정심혈관질환(기타심장부정맥)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「특정심혈관질환(기타심장부정맥)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

⑪ 제7항 내지 제10항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「심근병증(허혈성제외)」, 「심장판막협착증(대동맥판막)」, 「심장질환(특정Ⅰ)」, 「심장

질환(특정Ⅱ)」,「특정심혈관질환(기타심장부정맥)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「심근병증(허혈성제외)」,「심장판막협착증(대동맥판막)」,「심장질환(특정Ⅰ)」,「심장질환(특정Ⅱ)」,「특정심혈관질환(기타심장부정맥)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 각각의 세부보장에 해당하는 보험금을 지급한 경우에 각각에 대한 회사의 보상책임은 소멸하며, 회사는 소멸되는 부분에 대한 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유) 통합 심장질병진단비의 세부보장별 지급사유가 모두 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

114. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료(유사암제외) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상) 특별약관

114-1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료(유사암제외) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상)(통합간편가입형) 특별약관

114-2. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료(유사암제외) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상) 특별약관

114-1 및 114-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합

니다.

1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료(유사암제외) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제10조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제5조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「상급종합병원」, 「국립암센터」, 「원자력의학원」에서 암 주요치료Ⅴ(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 암중환자실치료)의 「연간 암(유사암제외) 주요치료횟수」가 2회이상인 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	연간 암(유사암제외) 주요치료횟수	지 급 금 액	
		보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이후
상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료(유사암제외) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상)	2회	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액
	3회이상	이 특별약관 보험가입금액의 75%	이 특별약관 보험가입금액의 150%

2. 위 제1호에도 불구하고, 피보험자가 「연간 암(유사암제외) 주요치료횟수」 2회에 해당하는 보험금을 지급받은 후 「연간 암(유사암제외) 주요치료횟수」3회 이상에 해당하게 된 경우에는 3회 이상에 해당하는 보험금 중에서 이미 지급받은 보험금을 차감하고 지급합니다.

제2조(「상급종합병원」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「상급종합병원Ⅱ」이라 함은 「상급종합병원」, 「국립암센터」, 「원자력의학원」을 말합니다.

제3조(「국립암센터」의 정의)

이 특별약관에서 「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말합니다.

[암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)]

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

[암관리법 제29조(부속기관의 설치)]

① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

제4조(「원자력의학원」의 정의)

이 특별약관에서 「원자력의학원」이라 함은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 제13조의3(분원 또는 부설기관)에서 정한 한국원자력의학원의 부속병원을 말합니다.

[방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립)]

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원을 설립한다.

[방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의3(분원 또는 부설기관)]

① 의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

제5조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제2항의 「암」에서 제3항의 「유사암」을 제외한 암을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표13-1】「악성신생물(암) 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.
1. 「갑상선암」이라 함은 【별표13-1】「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 【별표13-1】「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 【별표13-2】「제자리신생물 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 【별표13-3】「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제6조(「암 주요치료Ⅴ」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 주요치료Ⅴ」라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 암중환자실치료를 말합니다.

② 「암 주요치료Ⅴ」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. 단순 호르몬제 치료

단순 호르몬제 치료
암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.
가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 "암 주요치료Ⅴ"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

제7조(「암수술」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술」이라 함은 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받는 것을 말합니다.
② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.
④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
⑤ 제2항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
⑥ 제1항 내지 제2항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제8조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」 등의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)를 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

③「항암약물치료(호르몬치료제외)」라 함은 제2항에서 정한「항암약물치료」중에서 제4항에서 정한 「항암호르몬약물치료」를 제외한 치료를 말합니다.

④「항암호르몬약물치료」라 함은 제2항에서 정한 「항암약물치료」 중에서 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 "호르몬성 항암제"를 말합니다.

1. 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"에서 정한 약효분류번호 421(항악성종양제), 617(주로 악성종양에 작용하는 것)에 해당하는 약제
2. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계에 따라 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터(KPIS)에서 부여한 국내 의약품 ATC코드에서 L02(항악성종양제 및 면역조절제 중 내분비 치료제)에 해당하는 약제

호르몬성 항암제
호르몬의 작용을 억제하거나 조절하여 암세포의 성장을 억제하는 약물

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고, 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"의 개정에 따라 제4항 제1호의 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

⑥ 제4항 제2호에도 불구하고, 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계의 개정으로 제4항 제2호의 "ATC코드"가 폐지 또는 변경되거나, 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터에서 국내 의약품에 대하여 "ATC코드"를 부여하지 않아 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 기준을 따릅니다.

제9조(「암중환자실치료」의 정의)

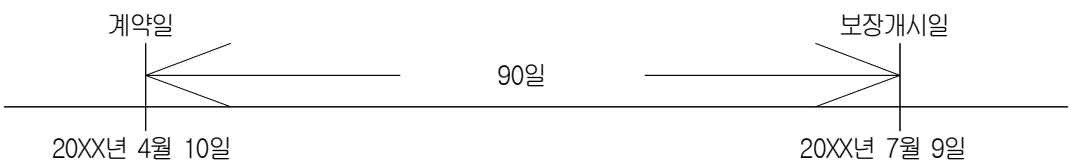
① 이 특별약관에서「암중환자실치료」라 함은 의사에 의하여 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「암(유사암제외)」으로 제2조(「상급종합병원」등의 정의) 제2항에서 정한 상급종합병원Ⅱ의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제10조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료(유사암제외) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

< 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료(유사암제외) 생활비
(연간주요치료 2회및3회이상)의 보장개시일 >



② 이 특별약관에서 「암 주요치료Ⅴ」라 함은 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원Ⅱ에서 시행되는 「암수술」,「항암방사선치료」,「항암약물치료(호르몬치료제외)」 또는 「암중환자실치료」를 말합니다.

③「연간 암(유사암제외) 주요치료횟수」라 함은 피보험자가 「암(유사암제외)」로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 상급종합병원Ⅱ에서 받은 「암 주요치료Ⅴ」의 주요치료항목별 연간치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.

주 요 치 료 항 목	산 정 기 준
암수술	수술1회당
항암방사선치료	연간1회당
항암약물치료(호르몬치료제외)	연간1회당
암중환자실치료	연간1회당

연간 암(유사암제외) 주요치료횟수 산정 예시 ※ 상급종합병원,국립암센터,원자력의학원 치료에 한함

예시1)
연간 암수술 1회,
연간 항암방사선치료 1회,
연간 항암약물치료(호르몬치료제외) 1회,
연간 암중환자실치료 1회 시행한 경우
⇒ 연간 암(유사암제외) 주요치료횟수 : 4회 (1회+1회+1회+1회)

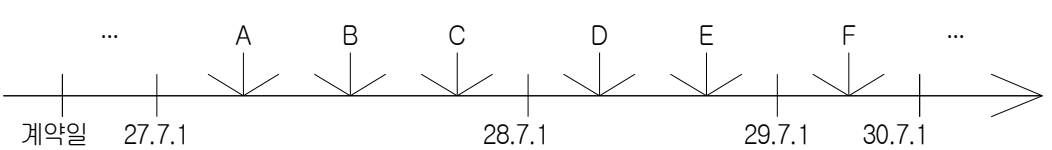
예시2)
연간 암수술 0회,
연간 항암방사선치료 2회,
연간 항암약물치료(호르몬치료제외) 1회,
연간 암중환자실치료 2회 시행한 경우
⇒ 연간 암(유사암제외) 주요치료횟수 : 3회 (0회+1회+1회+1회)

예시3)
연간 암수술 2회,
연간 항암방사선치료 0회,
연간 항암약물치료(호르몬치료제외) 1회,
연간 암중환자실치료 3회 시행한 경우
⇒ 연간 암(유사암제외) 주요치료횟수 : 4회 (2회+0회+1회+1회)

④ 제3항의 「연간 암(유사암제외) 주요치료횟수」는 계약해당일을 기준으로 매년 재산정됩니다.

[보험금 지급 예시 (보험가입금액 1,000만원 기준)] ※ 상급종합병원,국립암센터,원자력의학원 치료에 한함
- 특별약관의 계약일 : 2026년 7월 1일
- 암(유사암제외) 진단일 : 2027년 6월 1일

A : 암수술
B : 항암방사선치료
C : 항암약물치료(호르몬치료제외)
D : 암수술
E : 항암방사선치료
F : 항암약물치료(호르몬치료제외)



A : 보험금 미지급(연간 암(유사암제외) 주요치료횟수 1회)
B : 1,000만원 지급(연간 암(유사암제외) 주요치료횟수 2회)
C : 500만원 지급(연간 암(유사암제외) 주요치료횟수 3회)
⇒ 3회 이상에 해당하는 보험금(1,500만원) 중에서 이미 지급받은 보험금(1,000만원)을 차감하고 지급
D : 보험금 미지급(연간 암(유사암제외) 주요치료횟수 1회)
E : 1,000만원 지급(연간 암(유사암제외) 주요치료횟수 2회)
F : 보험금 미지급(연간 암(유사암제외) 주요치료횟수 1회)

⑤ 피보험자가 연간 1년 이내에 상급종합병원Ⅱ에서 각각 다른 암(유사암제외)으로 항암방사선치료를 받은 경우에도 주요치료항목 중 「항암방사선치료」에 한하여 「연간 암(유사암제외) 주요치료횟수」를 1회로 산정합니다.

⑥ 피보험자가 연간 1년 이내에 상급종합병원Ⅱ에서 각각 다른 암(유사암제외)으로 항암약물치료(호르몬치료제외)를 받은 경우에도 주요치료항목 중 「항암약물치료(호르몬치료제외)」에 한하여 「연간 암(유사암제외) 주요치료횟수」를 1회로 산정합니다.

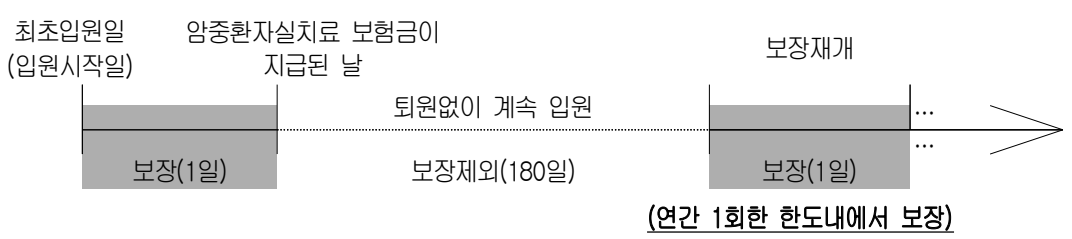
⑦ 피보험자가 연간 1년 이내에 상급종합병원Ⅱ에서 각각 다른 암(유사암제외)으로 중환자실에 입원한 경우에도 주요치료항목 중 「암중환자실치료」에 한하여 「연간 암(유사암제외) 주요치료횟수」를 1회로 산정합니다.

⑧ 제3항의 「암중환자실치료」는 상급종합병원Ⅱ 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 "입원시작일"이라 합니다) 기준으로 「연간 암(유사암제외) 주요치료횟수」를 산정합니다. 제3항에 따라 「연간 암(유사암제외) 주요치료횟수」가 재산정 되더라도 동일한 암(유사암제외)에 대한 입원의 경우 재산정 대상에서 제외됩니다.

⑨ 제8항의 「암중환자실치료」는 동일한 암(유사암제외)에 대한 입원이라도 「연간 암(유사암제외) 주요치료횟수」에 산정된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 「연간 암(유사암제외) 주요치료횟수」에 산정된 날로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「연간 암(유사암제외) 주요치료횟수」가 산정된 날의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

⑩ 제9항의 새로운 입원인 경우에도 제3항에 따라 연간1회에 한하여 산정됩니다.

[예시] 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



[예시] 동일한 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 횟수산정여부

예시1)

특별약관의 계약일 : 2026년 6월 23일

날짜	구분	횟수산정 여부	사유
2026.10.1. ~ 2026.10.5	중환자실입원(1차)	인정	-
2027.5.1. ~ 2027.5.5	중환자실입원(2차)	불인정	1차 퇴원 후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(미충족)
2027.7.1. ~ 2027.7.5	중환자실입원(3차)	인정	1차 퇴원후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(충족)

예시2)

특별약관의 계약일 : 2026년 6월 23일

날짜	구분	횟수산정 여부	사유
2027.6.1.~2027.6.5	중환자실입원(1차)	인정	-
2027.8.1.~2027.8.5.	중환자실입원(2차)	불인정	1차 퇴원 후 180일 경과(미충족) 연간 1회한 한도(충족)
2027.12.21.~2028.12.25.	중환자실입원(3차)	인정	1차 퇴원후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(충족)

⑪ 피보험자가 상급종합병원Ⅱ 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원Ⅱ 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑫ 피보험자가 상급종합병원Ⅱ 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원Ⅱ에 해당하게 된 경우 상급종합병원Ⅱ 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑬ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑭ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제12조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제10조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제5조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(유사암제외)으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제10조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제14조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제15조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

115. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료(유사암) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상) 특별약관

115-1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료(유사암) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상)(통합간편가입형) 특별약관

115-2. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료(유사암) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상) 특별약관

115-1 및 115-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료(유사암) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(「유사암」의 정의 및 진단확정)에서 정한「유사암」으로 진단확정되고 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 「상급종합병원」, 「국립암센터」, 「원자력의학원」에서 암 주요치료Ⅴ(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 암중환자실치료)의 「연간유사암 주요치료횟수」가 2회이상인 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	연간 암(유사암제외) 주요치료횟수	지 급 금 액	
		보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이후
상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료(유사암제외) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상)	2회	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액
	3회이상	이 특별약관 보험가입금액의 75%	이 특별약관 보험가입금액의 150%

2. 위 제1호에도 불구하고, 피보험자가 「연간 유사암 주요치료횟수」 2회에 해당하는 보험금을 지급받은 후 「연간 유사암 주요치료횟수」3회 이상에 해당하게 된 경우에는 3회 이상에 해당하는 보험금 중에서 이미 지급받은 보험금을 차감하고 지급합니다.

제2조(「상급종합병원」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「상급종합병원II」이라 함은 「상급종합병원」, 「국립암센터」, 「원자력의학원」을 말합니다.

제3조(「국립암센터」의 정의)

이 특별약관에서 「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말합니다.

[암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)]

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

[암관리법 제29조(부속기관의 설치)]

① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

제4조(「원자력의학원」의 정의)

이 특별약관에서 「원자력의학원」이라 함은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 제13조의3(분원 또는 부설기관)에서 정한 한국원자력의학원의 부속병원을 말합니다.

[방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립)]

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원을 설립한다.

[방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의3(분원 또는 부설기관)]

① 의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

제5조(「유사암」의 정의 및 진단확정)

① 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

1. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제6조(「암 주요치료Ⅴ」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 주요치료Ⅴ」라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 암중환자실치료를 말합니다.

②「암 주요치료Ⅴ」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. 단순 호르몬제 치료

단순 호르몬제 치료
암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.
가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 “암 주요치료Ⅴ”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

제7조(「암수술」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술」이라 함은 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑥ 제1항 내지 제2항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제8조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」 등의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

③「항암약물치료(호르몬치료제외)」라 함은 제2항에서 정한「항암약물치료」중에서 제4항에서 정한 「항암호르몬약물치료」를 제외한 치료를 말합니다.

④「항암호르몬약물치료」라 함은 제2항에서 정한 「항암약물치료」 중에서 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 "호르몬성 항암제"를 말합니다.

1. 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"에서 정한 약효분류번호 421(항악성종양제), 617(주로 악성종양에 작용하는 것)에 해당하는 약제
2. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계에 따라 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터(KPIS)에서 부여한 국내 의약품 ATC코드에서 L02(항악성종양제 및 면역조절제 중 내분비 치료제)에 해당하는 약제

호르몬성 항암제
호르몬의 작용을 억제하거나 조절하여 암세포의 성장을 억제하는 약물

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고, 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"의 개정에 따라 제4항 제1호의 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

⑥ 제4항 제2호에도 불구하고, 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계의 개정으로 제4항 제2호의 "ATC코드"가 폐지 또는 변경되거나, 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터에서 국내 의약품에 대하여 "ATC코드"를 부여하지 않아 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 기준을 따릅니다.

제9조(「암중환자실치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「암중환자실치료」라 함은 의사에 의하여 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「유사암」으로 제2조(「상급종합병원」 등의 정의) 제2항에서 정한 상급종합병원Ⅱ의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제10조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에서 「암 주요치료Ⅴ」라 함은 「유사암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로

상급종합병원Ⅱ에서 시행되는 「암수술」,「항암방사선치료」,「항암약물치료(호르몬치료제외)」 또는 「암중환자실치료」를 말합니다.

② 「연간 유사암 주요치료횟수」라 함은 피보험자가 「유사암」으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 상급종합병원Ⅱ에서 받은 「암 주요치료Ⅴ」의 치료 항목별 연간치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.

주 요 치 료 항 목	산정기준
암수술	수술1회당
항암방사선치료	연간1회당
항암약물치료(호르몬치료제외)	연간1회당
암중환자실치료	연간1회당

[예시] 연간 유사암 주요치료횟수 산정 예시 ※ 상급종합병원,국립암센터,원자력의학원 치료에 한함

예시1)
연간 암수술 1회,
연간 항암방사선치료 1회,
연간 항암약물치료(호르몬치료제외) 1회,
연간 암중환자실치료 1회 시행한 경우
⇒ 연간 유사암 주요치료횟수 : 4회 (1회+1회+1회+1회)

예시2)
연간 암수술 0회,
연간 항암방사선치료 2회,
연간 항암약물치료(호르몬치료제외) 1회,
연간 암중환자실치료 2회 시행한 경우
⇒ 연간 유사암 주요치료횟수 : 3회 (0회+1회+1회+1회)

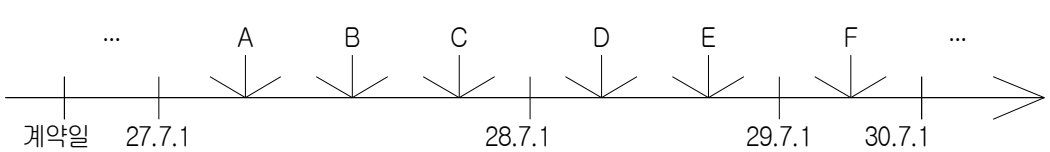
예시3)
연간 암수술 2회,
연간 항암방사선치료 0회,
연간 항암약물치료(호르몬치료제외) 1회,
연간 암중환자실치료 3회 시행한 경우
⇒ 연간 유사암 주요치료횟수 : 4회 (2회+0회+1회+1회)

③ 제2항의 「연간 유사암 주요치료횟수」는 계약해당일을 기준으로 매년 재산정됩니다.

[보험금 지급 예시 (보험가입금액 1,000만원 기준)] ※ 상급종합병원,국립암센터,원자력의학원 치료에 한함

- 특별약관의 계약일 : 2026년 7월 1일
- 유사암 진단일 : 2027년 6월 1일

A : 암수술
B : 항암방사선치료
C : 항암약물치료(호르몬치료제외)
D : 암수술
E : 항암방사선치료
F : 항암약물치료(호르몬치료제외)



A : 보험금 미지급(연간 유사암 주요치료횟수 1회)
B : 1,000만원 지급(연간 유사암 주요치료횟수 2회)
C : 500만원 지급(연간 유사암 주요치료횟수 3회)
⇒ 3회 이상에 해당하는 보험금(1,500만원) 중에서 이미 지급받은 보험금(1,000만원)을 차감하고 지급
D : 보험금 미지급(연간 유사암 주요치료횟수 1회)
E : 1,000만원 지급(연간 유사암 주요치료횟수 2회)
F : 보험금 미지급(연간 유사암 주요치료횟수 1회)

④ 피보험자가 연간 1년 이내에 상급종합병원Ⅱ에서 각각 다른 유사암으로 항암방사선치료를 받은 경우에도 주요치료항목 중 「항암방사선치료」에 한하여 「연간 유사암 주요치료횟수」를 1회로 산정합니다.

⑤ 피보험자가 연간 1년 이내에 상급종합병원Ⅱ에서 각각 다른 유사암으로 항암약물치료(호르몬치료제외)를 받은 경우에도 주요치료항목 중 「항암약물치료(호르몬치료제외)」에 한하여 「연간 유사암 주요치료횟수」를 1회로 산정합니다.

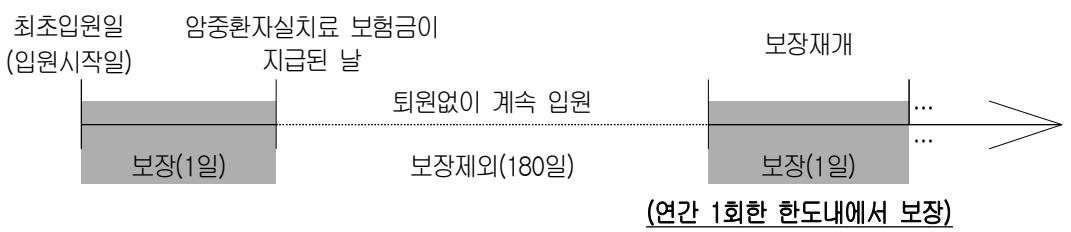
⑥ 피보험자가 연간 1년 이내에 상급종합병원Ⅱ에서 각각 다른 유사암으로 중환자실에 입원한 경우에도 주요치료항목 중 「암중환자실치료」에 한하여 「연간 유사암 주요치료횟수」를 1회로 산정합니다.

⑦ 제2항의 「암중환자실치료」는 상급종합병원Ⅱ 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 “입원시작일”이라 합니다) 기준으로 「연간 유사암 주요치료횟수」를 산정합니다. 제3항에 따라 「연간 유사암 주요치료횟수」가 재산정 되더라도 동일한 유사암에 대한 입원의 경우 재산정 대상에서 제외됩니다.

⑧ 제7항의 「암중환자실치료」는 동일한 유사암에 대한 입원이라도 「연간 유사암 주요치료횟수」에 산정된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 「연간 유사암 주요치료횟수」에 산정된 날로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「연간 유사암 주요치료횟수」가 산정된 날의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

⑨ 제8항의 새로운 입원인 경우에도 제2항에 따라 연간1회에 한하여 산정됩니다.

[예시] 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



[예시] 동일한 유사암의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 횟수산정여부

예시1)

특별약관의 계약일 : 2026년 6월 23일

날짜	구분	횟수산정 여부	사유
2026.10.1. ~ 2026.10.5	중환자실입원(1차)	인정	-
2027.5.1. ~ 2027.5.5	중환자실입원(2차)	불인정	1차 퇴원 후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(미충족)
2027.7.1. ~ 2027.7.5	중환자실입원(3차)	인정	1차 퇴원후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(충족)

예시2)
특별약관의 계약일 : 2026년 6월 23일

날짜	구분	횟수산정 여부	사유
2027.6.1.~2027.6.5	중환자실입원(1차)	인정	-
2027.8.1.~2027.8.5.	중환자실입원(2차)	불인정	1차 퇴원 후 180일 경과(미충족) 연간 1회한 한도(충족)
2027.12.21.~2028.12.25.	중환자실입원(3차)	인정	1차 퇴원후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(충족)

⑩ 피보험자가 상급종합병원Ⅱ 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원Ⅱ 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑪ 피보험자가 상급종합병원Ⅱ 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원Ⅱ에 해당하게 된 경우 상급종합병원Ⅱ 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑫ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제12조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

116. 보험료납입지원보장Ⅱ(유사암진단) 특별약관

116-1. 보험료납입지원보장Ⅱ(유사암진단)(통합간편가입형) 특별약관
116-2. 보험료납입지원보장Ⅱ(유사암진단) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험료납입지원금(유사암진단) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)의 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」으로 진단이 확정되었을 때에는 최초 진단확정 1회에 한하여 「보험료 납입지원기간」 동안 매년 보험금 지급사유 발생일에 아래의 금액을 지급

구 분	경과기간	지 급 금 액	
		1회 지급액	지 급 방 법
보험료납입지원금 (유사암진단)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관의 보험가입금액의 50%[주1)] × 「당해연도 납입지원 개월수」	보험료 납입지원기간동안 매년 보험금 지급사유 발생일에 지급금액 확정지급
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관의 보험가입금액[주2)] × 「당해연도 납입지원 개월수」	

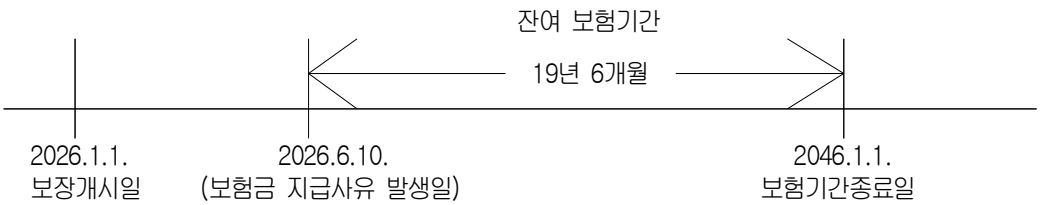
주) 보험료납입지원금(유사암진단)은 사고 당시 보험가입금액을 기준으로 계산합니다.

② 제1항의 「보험료 납입지원기간」이라 함은 이 특별약관의 보험금 지급사유 발생일부터 이 특별약관의 보험기간 종료일 이전까지의 기간을 말합니다.

③ 제1항의 「당해연도 납입지원 개월수」라 함은 이 특별약관의 보험금 지급사유 발생일부터 그 날을 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.

< 보험금 지급예시1 >

2026년 1월 1일 계약체결 후, 2026년 6월 10일 보험금 지급사유 발생시
(20년만기 전기납, 사고당시 가입금액 10만원 기준)
① 보험료 납입지원기간 = 234개월 (19년 6개월)
② 보험료 납입지원금 총액 : 1170만원(5만원 * 234개월)

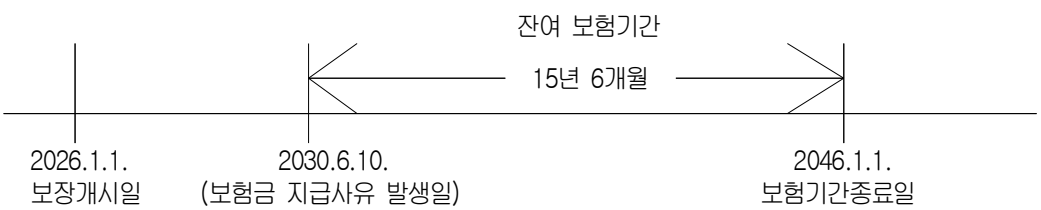


③ 지급예시

지급시기	당해연도 납입지원 개월수	지급금액
2026년 6월 10일	12개월(매년 동일)	60만원(12 * 5만원)
2027년 6월 10일	12개월(매년 동일)	60만원(12 * 5만원)
~	~	~
2044년 6월 10일	12개월(매년 동일)	60만원(12 * 5만원)
2045년 6월 10일	6개월	30만원(6 * 5만원)

< 보험금 지급예시2 >

2026년 1월 1일 계약체결 후, 2030년 6월 10일 보험금 지급사유 발생시
(20년만기 전기납, 사고당시 가입금액 10만원 기준)
① 보험료 납입지원기간 = 186개월 (15년 6개월)
② 보험료 납입지원금 총액 : 1860만원(10만원 * 186개월)



③ 지급예시

지급시기	당해연도 납입지원 개월수	지급금액
2030년 6월 10일	12개월(매년 동일)	120만원(12 * 10만원)
2031년 6월 10일	12개월(매년 동일)	120만원(12 * 10만원)
~	~	~
2044년 6월 10일	12개월(매년 동일)	120만원(12 * 10만원)
2045년 6월 10일	6개월	60만원(6 * 10만원)

제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말합니다.

1. 「갑상선암」이라 함은 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

2. 「기타피부암」이라 함은 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 【별표13-2】 「제자리신생물 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 【별표13-3】 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험료납입지원금(유사암진단)은 보험수익자의 요청에 의하여 평균공시이율로 할인된 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 보험료납입지원금(유사암진단) 지급사유가 발생한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 [제6장. 제도성 특별약관] [7. 보장보험료 납입면제 특별약관]제2조(보장보험료의 납입면제 사유) 및 [제6장. 제도성 특별약관] [7. 보장보험료 납입면제 특별약관]제3조(보장보험료 납입면제에 관한 세부규정)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

③ 제2항의 경우 새롭게 갱신되는 계약에서 이 특별약관은 자동으로 복원되며 해당 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

117-1. 질병1~5종수술비IV(통합간편가입형) 특별약관

117-1-1. 질병1~5종수술비IV(통합간편가입형) 특별약관

117-1-1은 비갱신으로 운영됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 질병1~5종수술비IV : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「1~5종 수술분류표IV」(【별표34】참조)에서 정한 수술을 받은 경우 수술1회당 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
질병1~5종수술비IV	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

보 장
질병1~5종수술비IV(1종) 보장
질병1~5종수술비IV(2종) 보장
질병1~5종수술비IV(3종) 보장
질병1~5종수술비IV(4종) 보장
질병1~5종수술비IV(5종) 보장

제2조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우도 수술로 간주합니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함
2. 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

⑤ 제1항 내지 제4항에도 불구하고 「1~5종 수술분류표Ⅳ」(【별표34】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 같은 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술보험금을 지급합니다.
이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다.
단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술보험금을 지급합니다.

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 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

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.

③ 제1조(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
   가. 치료목적의 Mammotomy(맘모톰 유방양성병변절제술)
   나. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술
   다. 망막박리 수술
   라. 레이저(Laser)에 의한 안구 수술
   마. 냉동응고에 의한 안구 수술
   바. 중이내 튜브유치술
   사. 체외충격파쇄석술(E.S.W.L)
   아. 내시경(Fiverscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파전극 등에 의한 경피적 수술
2. 악성신생물 치료목적의 수술
   가. 내시경 수술, 카테터(Catheter)·고주파전극 등에 의한 악성신생물 수술
   나. 기타 악성신생물수술(단, 관혈적 악성신생물 근치수술 및 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술 제외)
3. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사
   가. 악성신생물 근치 방사선 조사(단, 5,000Rad 이상의 조사를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근

치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(Stereotactic radiotherapy)를 포함함)

나. 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 수술 기법

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제2조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병1~5종수술비IV에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

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) 수술
6. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병1~5종수술비IV에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산.
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

117-2. 질병1~5종수술비IV(1년미만50%감액지급) 특별약관

117-2-1. 질병1~5종수술비IV(1년미만50%감액지급) 특별약관

117-2-1은 비갱신으로 운영됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 질병1~5종수술비IV(1년미만50%감액지급) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「1~5종 수술분류표IV」(【별표34】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우 수술1회당 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
질병1~5종수술비IV (1년미만50%감액지급)	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

보 장
질병1~5종수술비IV(1종)(1년미만50%감액지급) 보장
질병1~5종수술비IV(2종)(1년미만50%감액지급) 보장
질병1~5종수술비IV(3종)(1년미만50%감액지급) 보장
질병1~5종수술비IV(4종)(1년미만50%감액지급) 보장
질병1~5종수술비IV(5종)(1년미만50%감액지급) 보장

제2조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우도 수술로 간주합니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함
2. 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

⑤ 제1항 내지 제4항에도 불구하고 「1~5종 수술분류표Ⅳ」(【별표34】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 같은 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술보험금을 지급합니다.
이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다.
단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술보험금을 지급합니다.

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 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

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.

③ 제1조(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 가능합

니다.

1. 일반적인 질병(제자리암, 경계성종양 포함) 치료목적의 수술
   가. 치료목적의 Mammotomy(맘모톰 유방양성병변절제술)
   나. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술
   다. 망막박리 수술
   라. 레이저(Laser)에 의한 안구 수술
   마. 냉동응고에 의한 안구 수술
   바. 중이내 튜브유치술
   사. 체외충격파쇄석술(E.S.W.L)
   아. 내시경(Fiverscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파전극 등에 의한 경피적 수술
2. 악성신생물 치료목적의 수술
   가. 내시경 수술, 카테터(Catheter)·고주파전극 등에 의한 악성신생물 수술
   나. 기타 악성신생물수술(단, 관혈적 악성신생물 근치수술 및 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술 제외)
3. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사
   가. 악성신생물 근치 방사선 조사(단, 5,000Rad 이상의 조사를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(Stereotactic radiotherapy)를 포함함)
   나. 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 수술 기법

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제2조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병1~5종수술비IV에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

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) 수술
6. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병1~5종수술비IV에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산.

2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

118-1. 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관

118-1-1. 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관
118-1-2. 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관

118-1-1은 비갱신형으로 운영하며,
118-1-2은 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 1일당 8시간 이상 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.

다만, 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 기 준	경과기간		지 급 금 액
간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)	간병인 사용 1일당 8시간 이상	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(180일한도)
			계약일로부터 1년이후 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)
		갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)

※ 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 그러지 않습니다.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-180일)」에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준「개인 간병 및 유사 서비스업」또는「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·

간병통합서비스를 말합니다.

<의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)>

① 간호・간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호・간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호・간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호・간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호・간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④「공공보건의료에 관한 법률」 제2조 제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호・간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호・간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호・간병통합서비스 제공기관은 간호・간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호・간병통합서비스의 제공・확대, 간호・간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사・치과의사 또는 한의사가 간호・간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인의 사용은 1일을 기준으로 하며 간병인을 사용한 시점을 기준으로 매24시간을 1일로 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 8시간이상 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하나, 8시간 미만으로 사용한 경우에는 그러지 않습니다.

[보장예시1]

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 4월 1일, 보험가입금액 : 5만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2027년 4월 1일 ~ 2027년 4월 30일
- 간병인 사용기간 : 2027년 4월 10일 오후 8시 ~ 4월 13일 오전 11시

1일기준	2027년 4월		
	10일 오후 8시 ~ 11일 오후 8시 이전	11일 오후 8시 ~ 12일 오후 8시 이전	12일 오후 8시 ~ 13일 오후 8시 이전
간병인 사용시간	24시간	24시간	15시간
1일 8시간이상 사용여부	O	O	O

· 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일) 지급금액 : 5만원 × 3일 : 15만원 지급

[보장예시2]

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 4월 1일, 보험가입금액 : 5만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2027년 4월 1일 ~ 2027년 4월 30일
- 간병인 사용기간 : 2027년 4월 10일 오전 9시 ~ 4월 12일 오후 3시

1일기준	2027년 4월		
	10일 오전 9시 ~ 11일 오전 9시 이전	11일 오전 9시 ~ 12일 오전 9시 이전	12일 오전 9시 ~ 13일 오전 9시 이전
간병인 사용시간	24시간	24시간	6시간
1일 8시간이상 사용여부	O	O	X

· 4월 12일 오전 9시 ~ 13일 오전 이전 기준의 경우 간병인 사용시간이 6시간으로 8시간 이상 미충족

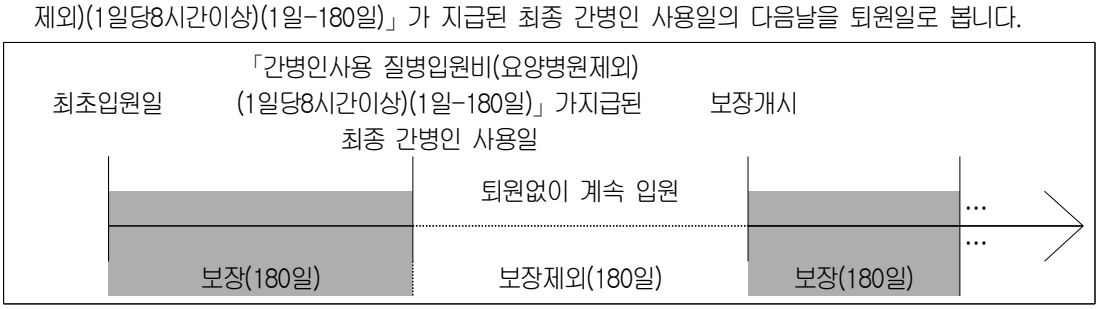
· 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일) 지급금액 : 5만원 × 2일 : 10만원 지급

[보장예시3]
· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 4월 1일, 보험가입금액 : 5만원
· 입원기간 및 간병인 사용일 예시
  - 입원기간 : 2027년 5월 1일 ~ 2027년 11월 30일
  - 간병인 사용기간 : 2027년 10월 26일 오후 9시 ~ 10월 29일 오전 8시

1일기준	2027년 10월		
	26일 오후 9시 ~ 27일 오후 9시 이전	27일 오후 9시 ~ 28일 오후 9시 이전 (180일째 입원일)	28일 오후 9시 ~ 29일 오후 9시 이전 (181일째 입원일)
간병인 사용시간	24시간	24시간	11시간
1일 8시간이상 사용여부	O	O	X

· 10월 28일부터 180일한도 초과로 보험금을 지급하지 않음
· <u>간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일) 지급금액 : 5만원 × 2일 : 10만원 지급</u>

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 더하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 「간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)」가 지급된 최종 입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
④ 다음과 같이 「간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)」가 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)」가 지급된 최종 간병인 사용일의 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다. 단, 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다.
⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)은 지급하지 않습니다.

제7조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

118-1-2. 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-180일)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제8조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 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.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

118-2. 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일) 특별약관

118-2-1. 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일) 특별약관
118-2-2. 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관

118-2-1은 비갱신형으로 운영하며,
118-2-2은 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 1일당 8시간 이상 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급. 다만, 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 기 준	경과기간		지 급 금 액
간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)	간병인 사용 1일당 8시간 이상	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(180일한도)
			계약일로부터 1년이후 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)
		갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)

※ 간병인의 사용은 1일을 기준으로 하며 간병인을 사용한 시점을 기준으로 매24시간을 1일로 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 8시간이상 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하나, 8시간 미만으로 사용한 경우에는 그러지 않습니다.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180

일)」에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준「개인 간병 및 유사 서비스업」또는「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)>

① 간호・간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호・간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호・간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호・간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호・간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④「공공보건의료에 관한 법률」 제2조 제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호・간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호・간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>
① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인의 사용은 1일을 기준으로 하며 간병인을 사용한 시점을 기준으로 매24시간을 1일로 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 8시간이상 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하나, 8시간 미만으로 사용한 경우에는 그러지 않습니다.

[보장예시1]
· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 4월 1일, 보험가입금액 : 5만원
· 입원기간 및 간병인 사용일 예시
- 입원기간 : 2027년 4월 1일 ~ 2027년 4월 30일
- 간병인 사용기간 : 2027년 4월 10일 오후 8시 ~ 4월 13일 오전 11시

1일기준	2027년 4월		
	10일 오후 8시 ~ 11일 오후 8시 이전	11일 오후 8시 ~ 12일 오후 8시 이전	12일 오후 8시 ~ 13일 오후 8시 이전
간병인 사용시간	24시간	24시간	15시간
1일 8시간이상 사용여부	O	O	O

· 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일) 지급금액
: 5만원 × 3일 : 15만원 지급

[보장예시2]

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 4월 1일, 보험가입금액 : 5만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2027년 4월 1일 ~ 2027년 4월 30일
- 간병인 사용기간 : 2027년 4월 10일 오전 9시 ~ 4월 12일 오후 3시

1일기준	2027년 4월		
	10일 오전 9시 ~ 11일 오전 9시 이전	11일 오전 9시 ~ 12일 오전 9시 이전	12일 오전 9시 ~ 13일 오전 9시 이전
간병인 사용시간	24시간	24시간	6시간
1일 8시간이상 사용여부	O	O	X

· 4월 12일 오전 9시 ~ 13일 오전 이전 기준의 경우 간병인 사용시간이 6시간으로 8시간 이상 미충족

· 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일) 지급금액 : 5만원 × 2일 : 10만원 지급

[보장예시3]

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 4월 1일, 보험가입금액 : 5만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2027년 5월 1일 ~ 2027년 11월 30일
- 간병인 사용기간 : 2027년 10월 26일 오후 9시 ~ 10월 29일 오전 8시

1일기준	2027년 10월		
	26일 오후 9시 ~ 27일 오후 9시 이전	27일 오후 9시 ~ 28일 오후 9시 이전 (180일째 입원일)	28일 오후 9시 ~ 29일 오후 9시 이전 (181일째 입원일)
간병인 사용시간	24시간	24시간	11시간
1일 8시간이상 사용여부	O	O	X

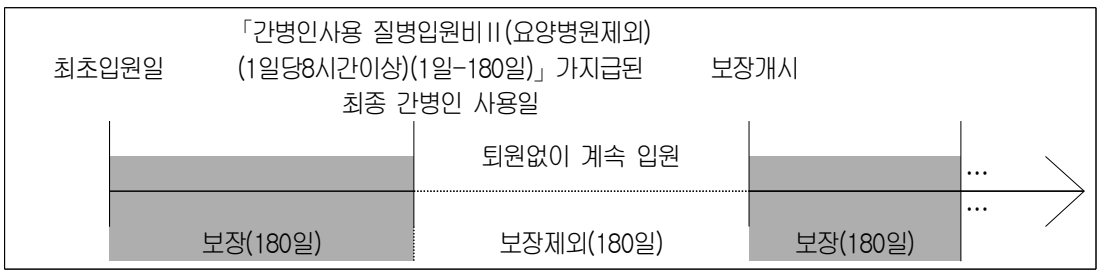
· 10월 28일부터 180일한도 초과로 보험금을 지급하지 않음

· 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일) 지급금액 : 5만원 × 2일 : 10만원 지급

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 더하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 「간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)」가 지급된 최종 입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

④ 다음과 같이 「간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)」가 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)」가 지급된 최종 간병인 사용일의 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다. 단, 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)은 지급하지 않습니다.

제7조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

118-2-2. 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관

한 특별약관]을 따릅니다.

제8조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 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.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

119-1. 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관

119-1-1. 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관
119-1-2. 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-180일)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관

119-1-1은 비갱신형으로 운영하며,
119-1-2은 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합

니다.

1. 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 요양병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.
   다만, 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-180일)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
간병인사용 질병입원비 (요양병원) (1일-180일)	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(180일한도)
		계약일로부터 1년이후 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)
	갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-180일)」에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준「개인 간병 및 유사 서비스업」또는「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)>

① 간호・간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호・간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호・간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호・간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호・간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④「공공보건의료에 관한 법률」 제2조 제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호・간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호・간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호・간병통합서비스 제공기관은 간호・간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호・간병통합서비스의 제공・확대, 간호・간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사・치과의사 또는 한의사가 간호・간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

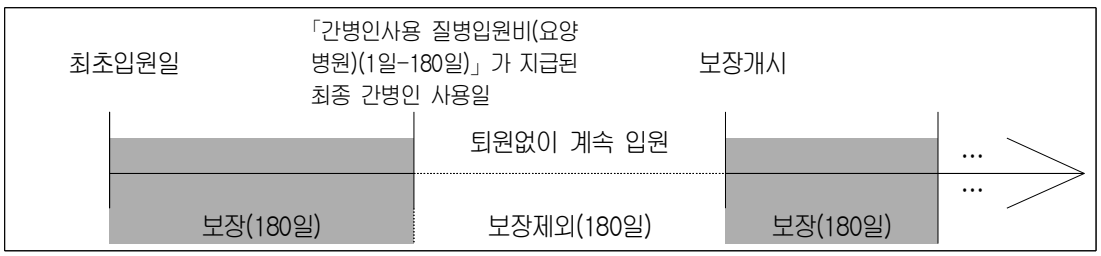
1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 「간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-180일)」가 지급된 최종 입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 다음과 같이 「간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-180일)」가 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-180일)」가 지급된 최종 간병인 사용일의 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 최초계약의 경우 제1조(보험금의 지급사유)가 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우 1일당 지급금액은 1년미만의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년미만 발생시 지급금액을 적용하며, 1년이후의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년이후 발생시 지급금액을 적용합니다.

단, 이 조항은 갱신된 계약에는 적용하지 않습니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제

1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-180일)은 지급하지 않습니다.

제7조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

119-1-2. 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-180일)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제8조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 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.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

119-2. 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원)(1일-180일) 특별약관

119-2-1. 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원)(1일-180일) 특별약관
119-2-2. 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원)(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관

119-2-1은 비갱신형으로 운영하며,
119-2-2은 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원)(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 요양병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.
   다만, 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원)(1일-180일)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
간병인사용 질병입원비Ⅱ (요양병원) (1일-180일)	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(180일한도)
		계약일로부터 1년이후 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)
	갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원)(1일-180일)」에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준「개인 간병 및 유사 서비스업」또는「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

간병인의 주요 업무(예시)
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)>

① 간호・간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호・간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호・간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
③ 제2항에 따라 간호・간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호・간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
④「공공보건의료에 관한 법률」 제2조 제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호・간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
⑤ 간호・간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
⑥ 간호・간병통합서비스 제공기관은 간호・간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호・간병통합서비스의 제공・확대, 간호・간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
  1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
  2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
  3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사・치과의사 또는 한의사가 간호・간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
  1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
  2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

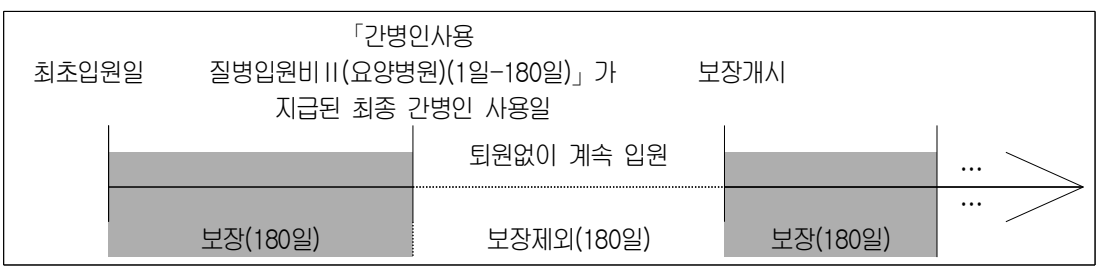
제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용

하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 「간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원)(1일-180일)」가 지급된 최종 입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 다만, 다음과 같이 「간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원)(1일-180일)」가 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원)(1일-180일)」가 지급된 최종 간병인 사용일의 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다. 단, 이 경우 제3항 및 제6항은 적용하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 최초계약의 경우 제1조(보험금의 지급사유)가 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우 1일당 지급금액은 1년미만의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년미만 발생시 지급금액을 적용하며, 1년이후의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년이후 발생시 지급금액을 적용합니다. 단, 이 조항은 갱신된 계약에는 적용하지 않습니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원)(1일-180일)은 지급하지 않습니다.

제7조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

119-2-2. 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원)(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제8조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 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.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

120-1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관

120-1-1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관
120-1-2. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-180일)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관

120-1-1은 비갱신형으로 운영하며,
120-1-2은 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 병원(한방병원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.
   다만, 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-180일)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-180일)	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(180일한도)
		계약일로부터 1년이후 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)
	갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-180일)」에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원(한방병원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)>

① 간호・간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호・간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호・간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호・간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 “간호・간병통합서비스 제공기관”이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
④「공공보건의료에 관한 법률」 제2조 제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호・간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
⑤ 간호・간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
⑥ 간호・간병통합서비스 제공기관은 간호・간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호・간병통합서비스의 제공・확대, 간호・간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

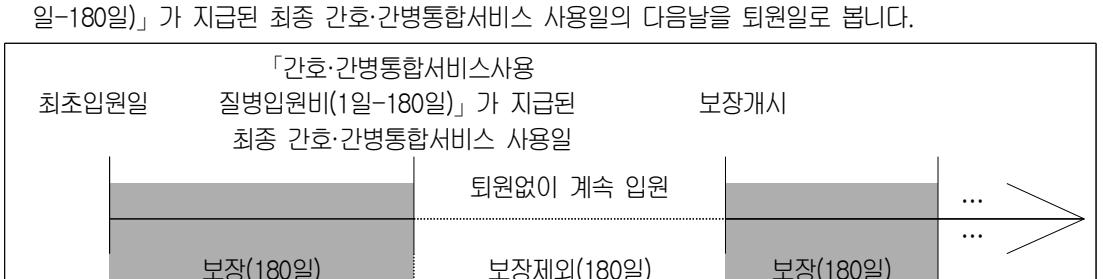
<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

① 법 제4조의2 제1항에서 “보건복지부령으로 정하는 입원 환자”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사・치과의사 또는 한의사가 간호・간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
③ 법 제4조의2 제3항에서 “보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준”이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 「간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-180일)」가 지급된 최종 입원의 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
③ 다음과 같이 「간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-180일)」가 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-180일)」가 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.
⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑥ 최초계약의 경우 제1조(보험금의 지급사유)가 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우 1일당 지급금액은 1년미만의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년미만 발생시 지급금액을 적용하며, 1년이후의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년이후 발생시 지급금액을 적용합니다.
단, 이 조항은 갱신된 계약에는 적용하지 않습니다.
⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환
5. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
6. 성병
7. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제6조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

120-1-2. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-180일)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제7조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
③ 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

120-2. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(1일-180일) 특별약관

120-2-1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(1일-180일) 특별약관
120-2-2. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관

120-2-1은 비갱신형으로 운영하며,
120-2-2은 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원(한방병원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.
   다만, 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(1일-180일)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(1일-180일)	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(180일한도)
		계약일로부터 1년이후 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)
	갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(1일-180일)」에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원(한방병원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)>

① 간호・간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호・간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호・간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호・간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호・간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④「공공보건의료에 관한 법률」 제2조 제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호・간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호・간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호・간병통합서비스 제공기관은 간호・간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호・간병통합서비스의 제공・확대, 간호・간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사・치과의사 또는 한의사가 간호・간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

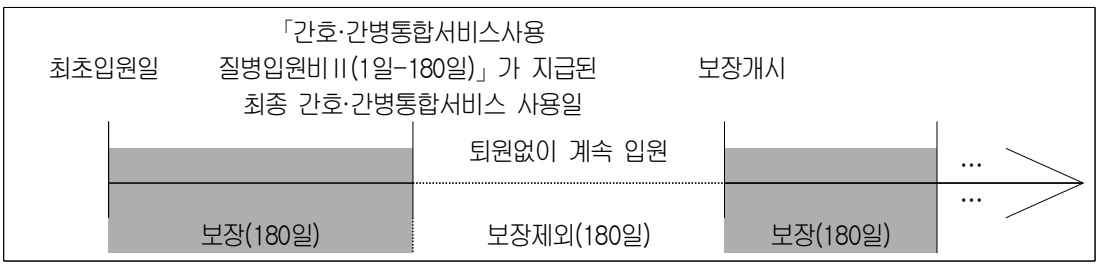
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 「간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(1일-180일)」가 지급된 최종 입원의 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 다음과 같이 「간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(1일-180일)」가 지급된 최종 간호·간병통합서비스

사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(1일-180일)」가 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 최초계약의 경우 제1조(보험금의 지급사유)가 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우 1일당 지급금액은 1년미만의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년미만 발생시 지급금액을 적용하며, 1년이후의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년이후 발생시 지급금액을 적용합니다. 단, 이 조항은 갱신된 계약에는 적용하지 않습니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환
5. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
6. 성병
7. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제6조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

120-2-2. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제7조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

121-1. 질병재활치료비(급여_연간20회한)(통합간편가입형) 특별약관

121-1-1. 질병재활치료비(급여_연간20회한)(통합간편가입형) 특별약관

121-1-1은 비갱신형으로 운영합니다,

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 질병재활치료비(급여_연간20회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로, 입원 중에 제2조(「질병재활치료(급여)」의 정의)의 「질병재활치료(급여)」를 받은 경우(이하 「입원 질병재활치료(급여)」라 합니다) 또는 통원하여 제2조(「질병재활치료(급여)」의 정의)의 「질병재활치료(급여)」를 받은 경우(이하 「통원 질병재활치료(급여)」라 합니다) 각각 1일 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
질병재활치료비 (급여_연간20회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 20회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 (연간 20회한)

② 제1항에도 불구하고 「입원 질병재활치료(급여)」와 「통원 질병재활치료(급여)」를 합산하여 연간 20회 한도로 보장합니다.

제2조(「질병재활치료(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서 「질병재활치료(급여)」라 함은 질병으로 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 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 급여 진료행위를 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 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 질병재활치료(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 제1항의 「질병재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에도 불구하고 질병 진단을 받은 피보험자가 상해로 제1항의「질병재활치료(급여)」를 받은 경우에는 보장하지 않습니다.

제3조(「입원」 및 「통원」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「질병」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여「질병」의 치료가 필요하다고 인정된 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.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F00~F99)
2. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료확인서("재활치료의 원인" 필수기재), 진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출한 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급 받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

121-2. 질병재활치료비Ⅱ(급여_연간20회한) 특별약관

121-2-1. 질병재활치료비Ⅱ(급여_연간20회한) 특별약관

121-2-1은 비갱신형으로 운영합니다,

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 질병재활치료비Ⅱ(급여_연간20회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로, 입원 중에 제2조(「질병재활치료(급여)」의 정의)의 「질병재활치료(급여)」를 받은 경우(이하 「입원 질병재활치료(급여)」라 합니다) 또는 통원하여 제2조(「질병재활치료(급여)」의 정의)의 「질병재활치료(급여)」를 받은 경우(이하 「통원 질병재활치료(급여)」라 합니다) 각각 1일 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
질병재활치료비Ⅱ (급여_연간20회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 20회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 (연간 20회한)

② 제1항에도 불구하고 「입원 질병재활치료(급여)」와 「통원 질병재활치료(급여)」를 합산하여 연간 20회 한도로 보장합니다.

제2조(「질병재활치료(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서 「질병재활치료(급여)」라 함은 질병으로 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 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 급여 진료행위를 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 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 질병재활치료(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 제1항의 「질병재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에도 불구하고 질병 진단을 받은 피보험자가 상해로 제1항의「질병재활치료(급여)」를 받은 경우에는 보장하지 않습니다.

제3조(「입원」 및 「통원」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「질병」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여「질병」의 치료가 필요하다고 인정된 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.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F00~F99)
2. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료확인서("재활치료의 원인" 필수기재), 진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출한 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급 받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

122. 심부 바늘생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한) 특별약관

122-1. 심부 바늘생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관
122-2. 심부 바늘생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한) 특별약관

122-1 및 122-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 심부 바늘생검 조직병리진단비(급여_연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「심부 바늘생검 조직병리진단(급여)」의 정의)의 「심부 바늘생검 조직병리진단(급여)」을 받은 경우 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회한도로 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
심부 바늘생검 조직병리진단비 (급여_연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)

제2조(「심부 바늘생검 조직병리진단(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서 「심부 바늘생검 조직병리진단(급여)」이라 함은 「심부 바늘생검 조직병리진단(급여) 분류표」(【별표72】 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 말합니다.

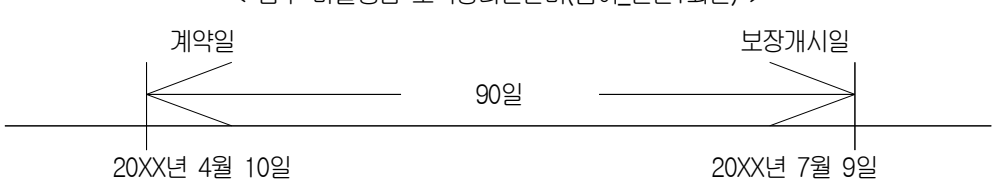
② 제1항의 「심부 바늘생검 조직병리진단(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

③ 제1항의 「심부 바늘생검 조직병리진단(급여)」은 보험기간 중 심부의 영상의학적 검사, 혈액검사, 신체검사등을 통하여 내려진 의사의 이상소견을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「심부 바늘생검 조직병리진단(급여)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

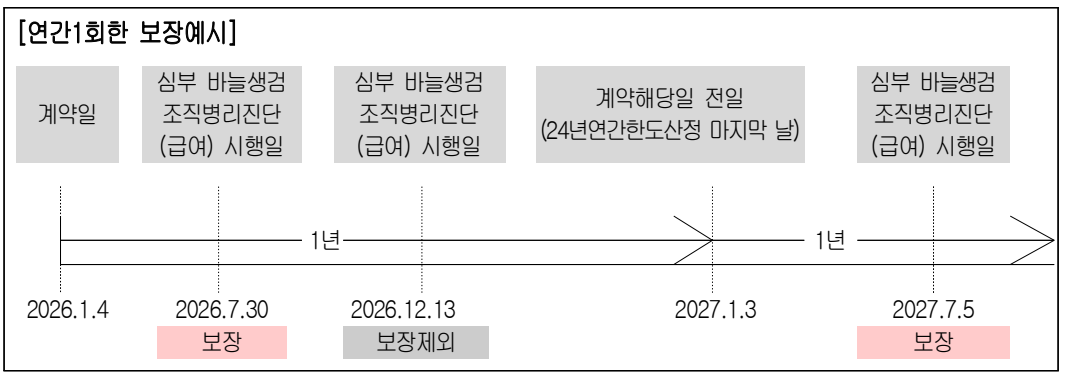
① 제1조(보험금의 지급사유) 심부 바늘생검 조직병리진단비(급여_연간1회한)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

< 심부 바늘생검 조직병리진단비(급여_연간1회한) >



② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 「심부 바늘생검 조직병리진단(급여)」 의료행위를 받은 날로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.



제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제2조(「심부 바늘생검 조직병리진단(급여)」의 정의)의 「심부 바늘생검 조직병리진단(급여)」을 받은 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 병리검사결과지, 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 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

123. 자궁 생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한) 특별약관

123-1. 자궁 생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관
123-2. 자궁 생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한) 특별약관

123-1 및 123-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 자궁 생검 조직병리진단비(급여_연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「자궁 생검 조직병리진단(급여)」의 정의)의 「자궁 생검 조직병리진단(급여)」을 받은 경우 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회한도로 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
자궁 생검 조직병리진단비 (급여_연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)

제2조(「자궁 생검 조직병리진단(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서 「자궁 생검 조직병리진단(급여)」이라 함은 「자궁 생검 조직병리진단(급여) 분류표」(【별표73】 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 말합니다.

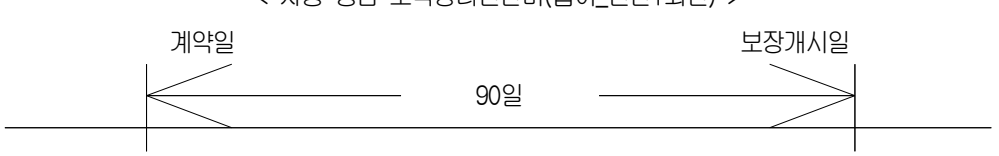
② 제1항의 「자궁 생검 조직병리진단(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

③ 제1항의 「자궁 생검 조직병리진단(급여)」은 보험기간 중 자궁의 영상의학적 검사, 혈액검사, 신체검사 등을 통하여 내려진 의사의 이상소견을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「자궁 생검 조직병리진단(급여)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 자궁 생검 조직병리진단비(급여_연간1회한)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

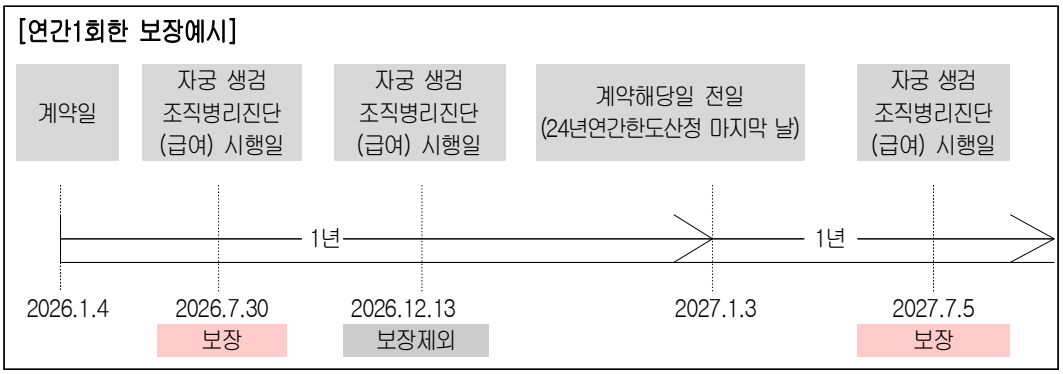
< 자궁 생검 조직병리진단비(급여_연간1회한) >



② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)

에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 「자궁 생검 조직병리진단(급여)」 의료행위를 받은 날로 합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.



제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제2조(「자궁 생검 조직병리진단(급여)」의 정의)의 「자궁 생검 조직병리진단(급여)」을 받은 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 병리검사결과지, 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 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

124-1. 종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)(통합간편가입형) 특별약관

124-1-1. 종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)(통합간편가입형) 특별약관

124-1-1은 비갱신형으로 운영합니다,

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 종합병원 1인실(특실포함)에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)	계약일로부터 1년미만 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(30일한도)
	계약일로부터 1년이후 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(30일한도)

제2조(용어의 정의)

① 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 「종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

④ 이 특별약관에서 「1인실」이라 함은 「특실」병실도 포함하며, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 병실만을 대상으로 합니다.

[의료법 제3조의3(종합병원)]

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100 병상 이상 300 병상 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. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.<개정 2010. 1. 18.>

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

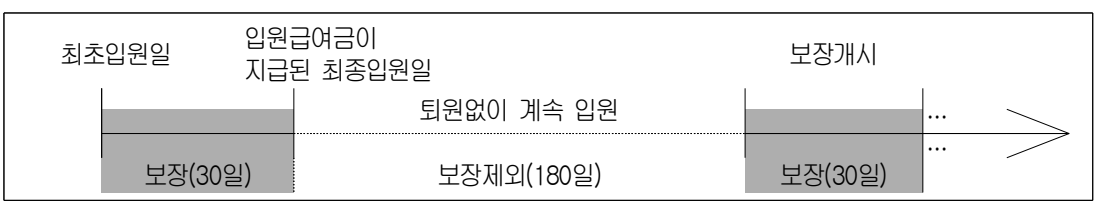
⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.<개정 2010. 1. 18.>

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다. 이 경우 「종합병원 1인실」에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 「종합병원 1인실」에 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 다음과 같이 종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

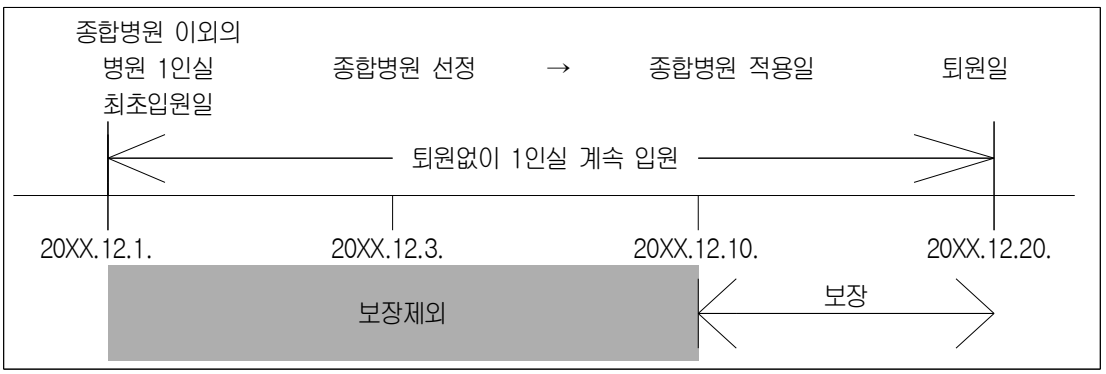


④ 피보험자가 보장개시일 이후 「종합병원 1인실」에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)를 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.

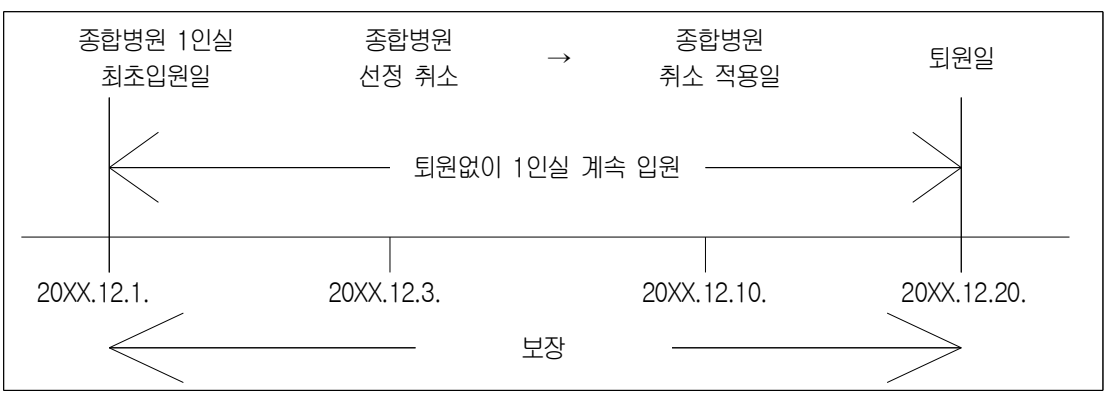
⑤ 피보험자가 「종합병원 1인실 이외의 병실」에 입원하여 치료받던 중 「종합병원 1인실」로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)를 지급합니다.

⑥ 피보험자가 「종합병원 1인실」에 입원하여 치료를 받던 중 「종합병원 1인실 이외의 병실」로 이전하여 입원한 경우 해당 「종합병원 1인실」 퇴원일까지 종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)를 지급합니다.

⑦ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원의 1인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)를 지급합니다.



⑧ 피보험자가 「종합병원 1인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하거나 최초로 1인실 이외의 병실로 변경하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)를 지급합니다.



⑨ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 최초 입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우, 1년미만의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 100%를 지급합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

124-2. 종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)II 특별약관

124-2-1. 종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)II 특별약관

124-2-1은 비갱신형으로 운영합니다,

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)II : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 종합병원 1인실(특실포함)에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)II	계약일로부터 1년미만 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(30일한도)
	계약일로부터 1년이후 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(30일한도)

제2조(용어의 정의)
① 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 「종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

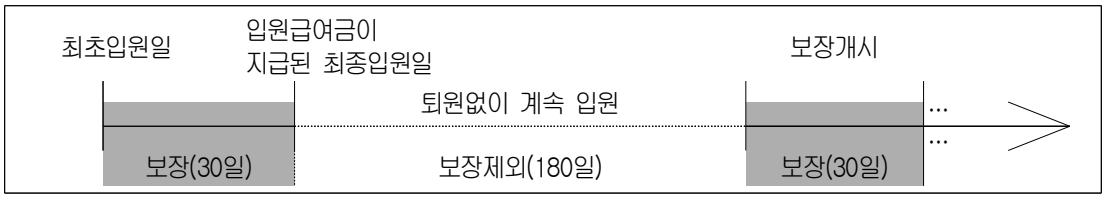
② 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
③ 이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.
④ 이 특별약관에서 「1인실」이라 함은 「특실」병실도 포함하며, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 병실만을 대상으로 합니다.

[의료법 제3조의3(종합병원)]
① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100 병상 이상 300 병상 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. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]
① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.<개정 2010. 1. 18.>
③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>
④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>
⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.<개정 2010. 1. 18.>

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)Ⅱ의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다. 이 경우 「종합병원 1인실」에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.
② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 「종합병원 1인실」에 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)Ⅱ가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
③ 다음과 같이 종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)Ⅱ가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)Ⅱ가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

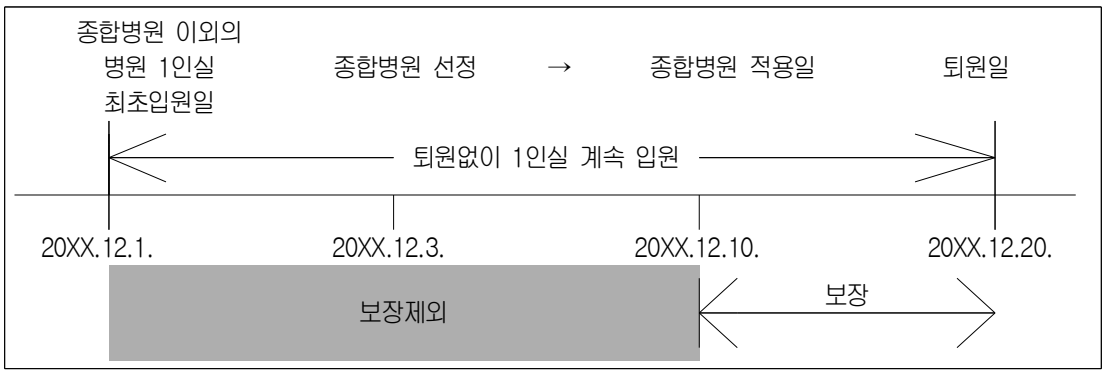


④ 피보험자가 보장개시일 이후 「종합병원 1인실」에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)Ⅱ를 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.

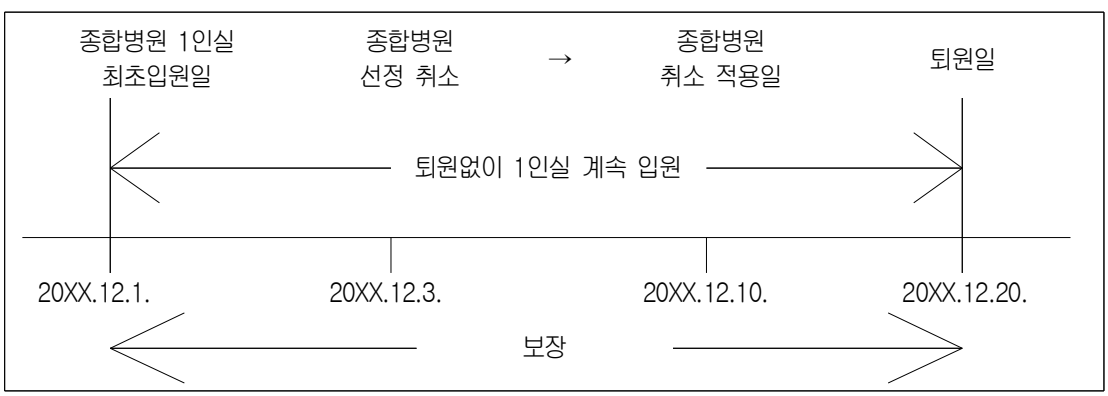
⑤ 피보험자가 「종합병원 1인실 이외의 병실」에 입원하여 치료받던 중 「종합병원 1인실」로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)Ⅱ를 지급합니다.

⑥ 피보험자가 「종합병원 1인실」에 입원하여 치료를 받던 중 「종합병원 1인실 이외의 병실」로 이전하여 입원한 경우 해당 「종합병원 1인실」 퇴원일까지 종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)Ⅱ를 지급합니다.

⑦ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원의 1인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)Ⅱ를 지급합니다.



⑧ 피보험자가 「종합병원 1인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하거나 최초로 1인실 이외의 병실로 변경하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)Ⅱ를 지급합니다.



⑨ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)Ⅱ의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 최초 입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우, 1년미만의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 100%를 지급합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익

자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

125-1. 상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)(통합간편가입형) 특별약관

125-1-1. 상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)(통합간편가입형) 특별약관

125-1-1은 비갱신형으로 운영합니다,

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 상급종합병원 1인실(특실포함)에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)	계약일로부터 1년미만 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(30일한도)
	계약일로부터 1년이후 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(30일한도)

제2조(용어의 정의)

① 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 「상급종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「1인실」이라 함은 「특실」병실도 포함하며, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 병실만을 대상으로 합니다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.<개정 2010. 1. 18.>

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.<개정 2010. 1. 18.>

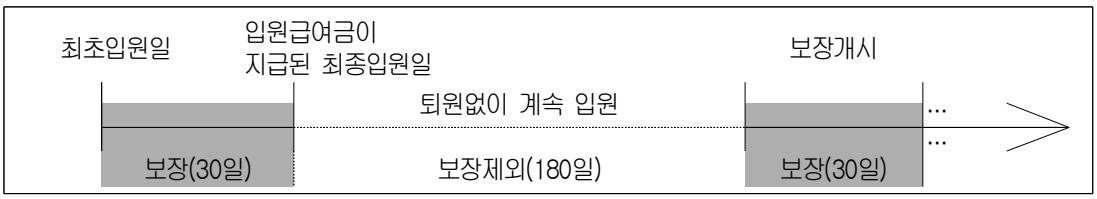
제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다. 이 경우 「상급종합병원 1인실」에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 「상급종합병원 1인실」에 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이

경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 다음과 같이 상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

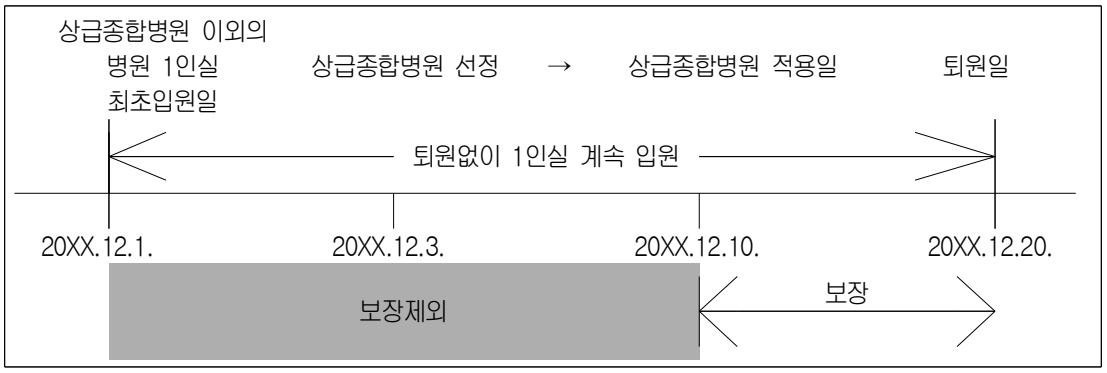


④ 피보험자가 보장개시일 이후 「상급종합병원 1인실」에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)를 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.

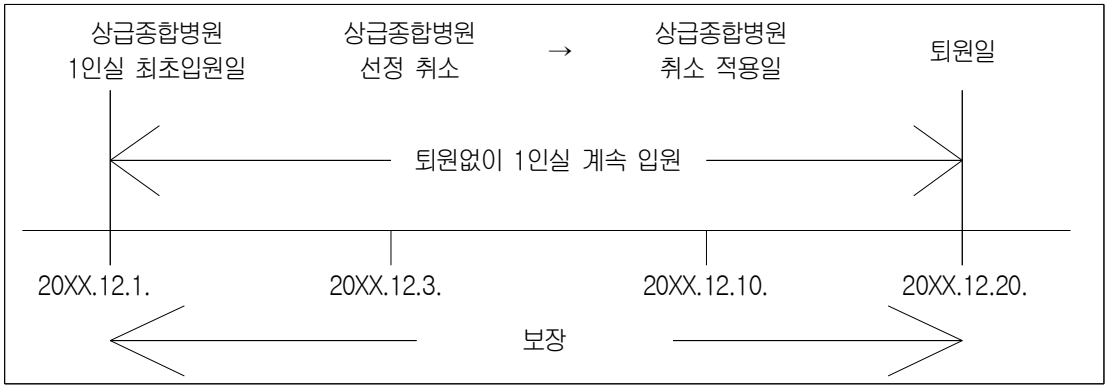
⑤ 피보험자가 「상급종합병원 1인실 이외의 병실」에 입원하여 치료받던 중 「상급종합병원 1인실」로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)를 지급합니다.

⑥ 피보험자가 「상급종합병원 1인실」에 입원하여 치료를 받던 중 「상급종합병원 1인실 이외의 병실」로 이전하여 입원한 경우 해당 「상급종합병원 1인실」 퇴원일까지 상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)를 지급합니다.

⑦ 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원의 1인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)를 지급합니다.



⑧ 피보험자가 「상급종합병원 1인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하거나 최초로 1인실 이외의 병실로 변경하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)를 지급합니다.



⑨ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑩ 최초 입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우, 1년미만의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 100%를 지급합니다.
⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

125-2. 상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)II 특별약관

125-2-1. 상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)II 특별약관

125-2-1은 비갱신형으로 운영합니다,

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)II : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 상급종합병원 1인실(특실포함)에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)II	계약일로부터 1년미만 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(30일한도)
	계약일로부터 1년이후 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(30일한도)

제2조(용어의 정의)

① 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 「상급종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「1인실」이라 함은 「특실」병실도 포함하며, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 병실만을 대상으로 합니다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.<개정 2010. 1. 18.>

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.<개정 2010. 1. 18.>

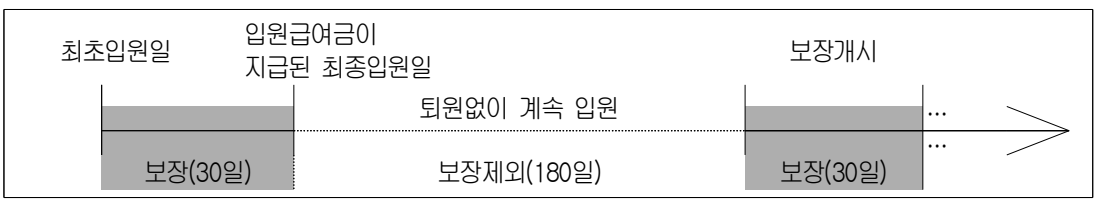
⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.<개정 2010. 1. 18.>

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)Ⅱ의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다. 이 경우 「상급종합병원 1인실」에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 「상급종합병원 1인실」에 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)Ⅱ가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 다음과 같이 상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)Ⅱ가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)Ⅱ가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

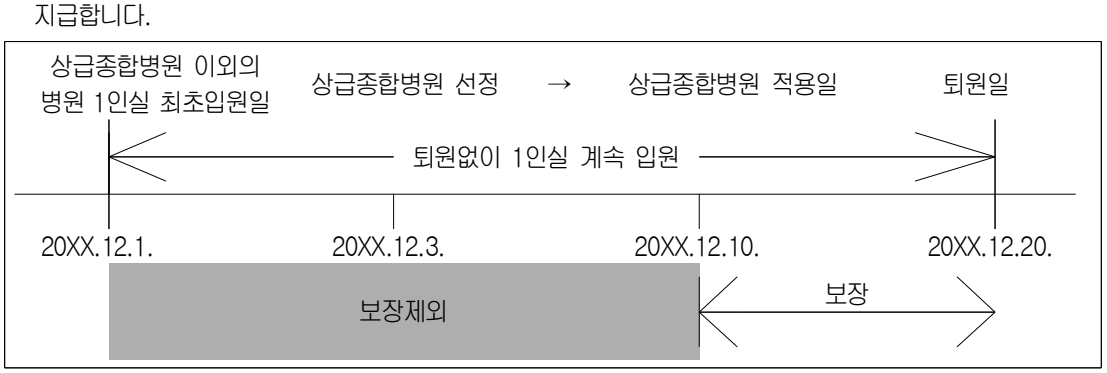


④ 피보험자가 보장개시일 이후 「상급종합병원 1인실」에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)Ⅱ를 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.

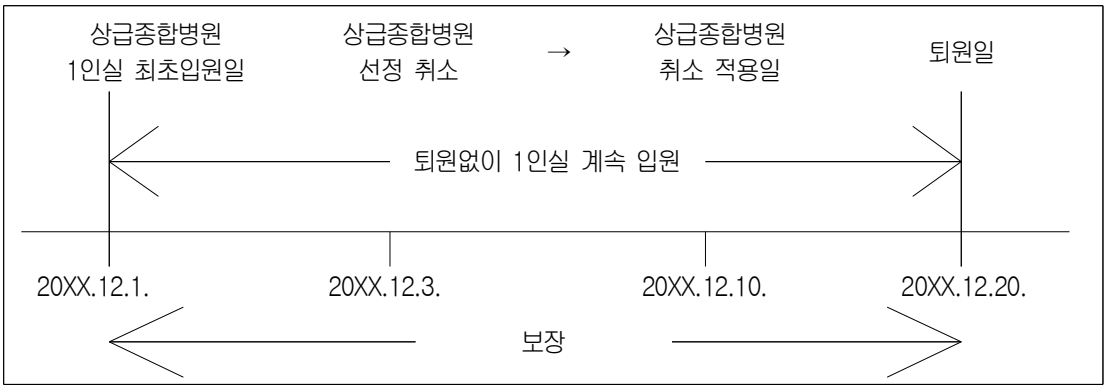
⑤ 피보험자가 「상급종합병원 1인실 이외의 병실」에 입원하여 치료받던 중 「상급종합병원 1인실」로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)Ⅱ를 지급합니다.

⑥ 피보험자가 「상급종합병원 1인실」에 입원하여 치료를 받던 중 「상급종합병원 1인실 이외의 병실」로 이전하여 입원한 경우 해당 「상급종합병원 1인실」 퇴원일까지 상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)Ⅱ를 지급합니다.

⑦ 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원의 1인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)Ⅱ를 지급합니다.



⑧ 피보험자가 「상급종합병원 1인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하거나 최초로 1인실 이외의 병실로 변경하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)Ⅱ를 지급합니다.



⑨ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)Ⅱ의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 최초 입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우, 1년미만의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 100%를 지급합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특

별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

126. 갑상선 바늘생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한) 특별약관

126-1. 갑상선 바늘생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관
126-2. 갑상선 바늘생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한) 특별약관

126-1 및 126-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 갑상선 바늘생검 조직병리진단비(급여_연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「갑상선 바늘생검 조직병리진단(급여)」의 정의)의 「갑상선 바늘생검 조직병리진단(급여)」을 받은 경우 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회한도로 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
갑상선 바늘생검 조직병리진단비 (급여_연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)

제2조(「갑상선 바늘생검 조직병리진단(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서 「갑상선 바늘생검 조직병리진단(급여)」이라 함은 「갑상선 바늘생검 조직병리진단(급여) 분류표」(【별표74】 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 말합니다.

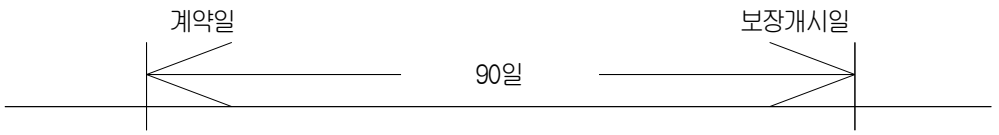
② 제1항의 「갑상선 바늘생검 조직병리진단(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

③ 제1항의 「갑상선 바늘생검 조직병리진단(급여)」은 보험기간 중 갑상선의 영상의학적 검사, 혈액검사, 신체검사등을 통하여 내려진 의사의 이상소견을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「갑상선 바늘생검 조직병리진단(급여)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 갑상선 바늘생검 조직병리진단비(급여_연간1회한)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

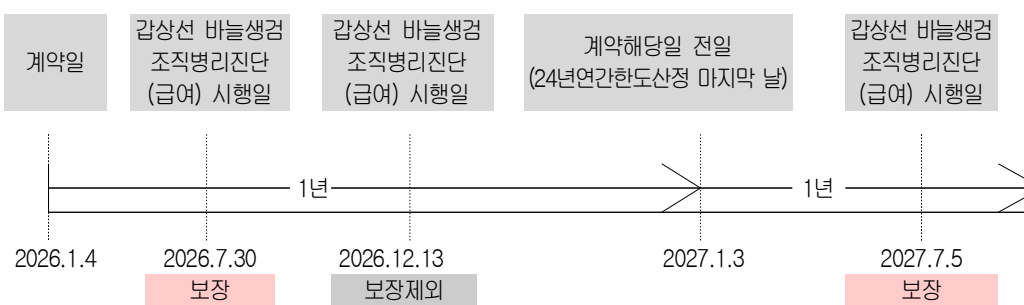
< 갑상선 바늘생검 조직병리진단비(급여_연간1회한) >



② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 「갑상선 바늘생검 조직병리진단(급여)」 의료행위를 받은 날로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[연간1회한 보장예시]



제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제2조(「갑상선 바늘생검 조직병리진단(급여)」의 정의)의 「갑상선 바늘생검 조직병리진단(급여)」을 받은 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 병리검

사결과지, 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 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

127. 유방 바늘생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한) 특별약관

127-1. 유방 바늘생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관
127-2. 유방 바늘생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한) 특별약관

127-1 및 127-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 유방 바늘생검 조직병리진단비(급여_연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「유방 바늘생검 조직병리진단(급여)」의 정의)의 「유방 바늘생검 조직병리진단(급여)」을 받은 경우 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회한도로 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
유방 바늘생검 조직병리진단비 (급여_연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)

제2조(「유방 바늘생검 조직병리진단(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서 「유방 바늘생검 조직병리진단(급여)」이라 함은 「유방 바늘생검 조직병리진단(급여) 분류표」(【별표75】참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 말합니다.

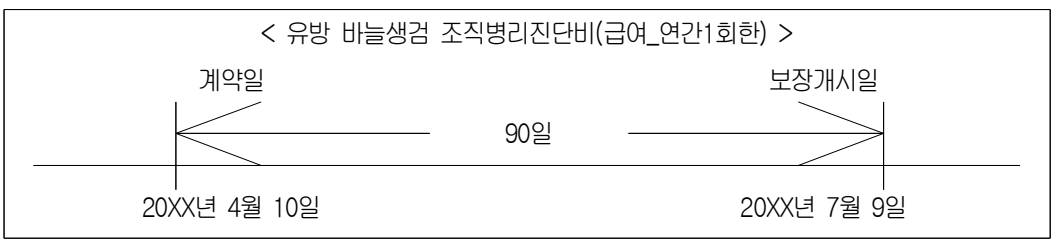
② 제1항의 「유방 바늘생검 조직병리진단(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

③ 제1항의 「유방 바늘생검 조직병리진단(급여)」은 보험기간 중 유방의 영상의학적 검사, 혈액검사, 신체검사등을 통하여 내려진 의사의 이상소견을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「유방 바늘생검 조직병리진단(급여)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출

을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 유방 바늘생검 조직병리진단비(급여_연간1회한)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.



② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 「유방 바늘생검 조직병리진단(급여)」 의료행위를 받은 날로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제2조(「유방 바늘생검 조직병리진단(급여)」의 정의)의 「유방 바늘생검 조직병리진단(급여)」을 받은 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 병리검사결과지, 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 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

128. 전립선 바늘생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한) 특별약관

128-1. 전립선 바늘생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관
128-2. 전립선 바늘생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한) 특별약관

128-1 및 128-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 전립선 바늘생검 조직병리진단비(급여_연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「전립선 바늘생검 조직병리진단(급여)」의 정의)의 「전립선 바늘생검 조직병리진단(급여)」을 받은 경우 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회한도로 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
전립선 바늘생검 조직병리진단비(급여_연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액(연간 1회한)

제2조(「전립선 바늘생검 조직병리진단(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서 「전립선 바늘생검 조직병리진단(급여)」이라 함은 「전립선 바늘생검 조직병리진단(급여) 분류표」(【별표76】 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 「전립선 바늘생검 조직병리진단(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

③ 제1항의 「전립선 바늘생검 조직병리진단(급여)」은 보험기간 중 전립선의 영상의학적 검사, 혈액검사, 신체검사등을 통하여 내려진 의사의 이상소견을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「전립선 바늘생검 조직병리진단(급여)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

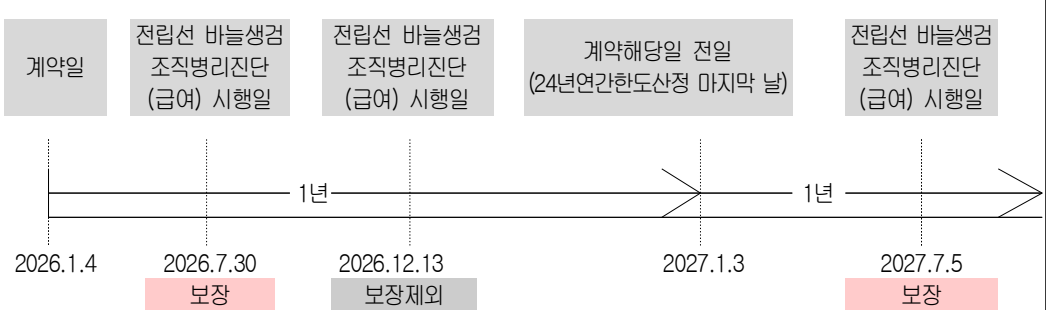
① 제1조(보험금의 지급사유) 전립선 바늘생검 조직병리진단비(급여_연간1회한)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

< 전립선 바늘생검 조직병리진단비(급여_연간1회한) >

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 「전립선 바늘생검 조직병리진단(급여)」 의료행위를 받은 날로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[연간1회한 보장예시]



제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제2조(「전립선 바늘생검 조직병리진단(급여)」의 정의)의 「전립선 바늘생검 조직병리진단(급여)」을 받은 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 병리검사결과지, 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 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

129. 암진단(유사암제외)정기검진비(10년)(6개월지급형) 특별약관

129-1. 암진단(유사암제외)정기검진비(10년)(6개월지급형)(통합간편가입형) 특별약관
129-2. 암진단(유사암제외)정기검진비(10년)(6개월지급형) 특별약관

129-1 및 129-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 암진단(유사암제외)정기검진비(10년)(6개월지급형) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)의 「암(유사암제외)」으로 진단이 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급사유가 발생한 날부터 10년동안 매6개월마다 지급사유 발생일(단, 해당월에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우 해당월의 마지막날로 합니다)에 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
암진단(유사암제외) 정기검진비(10년) (6개월지급형)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% × 20회
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 20회

제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)

① 「암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

② 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말합니다.

1. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 「암(유사암제외)」라 함은 제1항의 「암」에서 제2항의 「유사암」을 제외한 암을 말합니다.

④ 「암」, 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 암진단(유사암제외)정기검진비(10년)(6개월지급형)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날부터 보장이 개시됩니다.

< 암진단(유사암제외)정기검진비(10년)(6개월지급형)의 보장개시일 >

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제7조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)의 「암(유사암제외)」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 암진단(유사암제외)정기검진비(10년)(6개월지급형) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

130. 신통합암(원발후전이포함)진단비Ⅱ(유사암제외) 특별약관

130-1. 신통합암(원발후전이포함)진단비Ⅱ(유사암제외)(통합간편가입형) 특별약관
130-2. 신통합암(원발후전이포함)진단비Ⅱ(유사암제외) 특별약관

130-1 및 130-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 신통합암(원발후전이포함)진단비Ⅱ(유사암제외)(원발암) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「신통합암(원발후전이포함)Ⅱ(유사암제외)(원발암)」 및 「신통합암(원발후전이포함)Ⅱ(유사암제외)(원발후전이)」 등의 정의 및 진단확정)의 「신통합암(원발후전이포함)Ⅱ(유사암제외)(원발암)」으로 진단이 확정되었을 때에는 제1항의 원발암 세부보장에 따라 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액	
	계약일로부터 1년미만 발생시	계약일로부터 1년이후 발생시
신통합암진단비Ⅱ(특정암Ⅱ) 보장	세부보장 보험가입금액의 50%	세부보장 보험가입금액
신통합암진단비Ⅱ(골및생식기관암) 보장	세부보장 보험가입금액의 50%	세부보장 보험가입금액
신통합암진단비Ⅱ(비뇨기관및특정내분비선암) 보장	세부보장 보험가입금액의 50%	세부보장 보험가입금액
신통합암진단비Ⅱ(2대부위암Ⅲ)(감액없음) 보장	세부보장 보험가입금액	
신통합암진단비Ⅱ(특정소화기관암)(감액없음) 보장	세부보장 보험가입금액	
신통합암진단비Ⅱ(2대부위암Ⅳ)(감액없음) 보장	세부보장 보험가입금액	

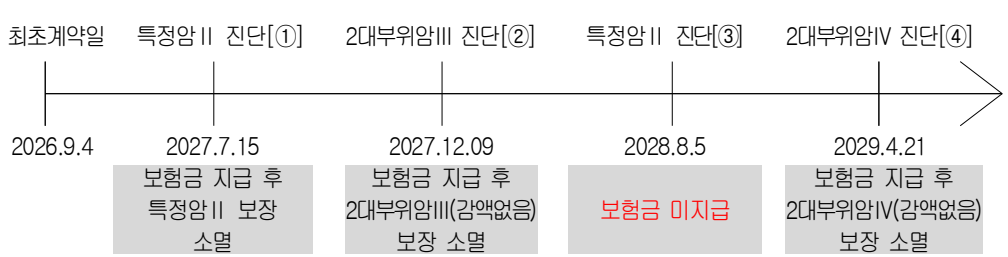
2. 신통합암(원발후전이포함)진단비Ⅱ(유사암제외)(원발후전이) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「신통합암(원발후전이포함)Ⅱ(유사암제외)(원발암)」 및 「신통합암(원발후전이포함)Ⅱ(유사암제외)(원발후전이)」 등의 정의 및 진단확정)의 「신통합암(원발후전이포함)Ⅱ(유사암제외)(원발후전이)」으로 진단이 확정되었을 때에는 제1항의 원발후전이 세부보장에 따라 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액	
	계약일로부터 1년미만 발생시	계약일로부터 1년이후 발생시
신통합암진단비Ⅱ(특정암Ⅱ(원발후전이)) 보장	세부보장 보험가입금액의 50%	세부보장 보험가입금액
신통합암진단비Ⅱ(골및생식기관암(원발후전이)) 보장	세부보장 보험가입금액의 50%	세부보장 보험가입금액
신통합암진단비Ⅱ(비뇨기관및특정내분비선암(원발후전이)) 보장	세부보장 보험가입금액의 50%	세부보장 보험가입금액
신통합암진단비Ⅱ(2대부위암Ⅲ(원발후전이))(감액없음) 보장	세부보장 보험가입금액	
신통합암진단비Ⅱ(특정소화기관암(원발후전이))(감액없음) 보장	세부보장 보험가입금액	
신통합암진단비Ⅱ(2대부위암Ⅳ(원발후전이))(감액없음) 보장	세부보장 보험가입금액	

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

1. 원발암 세부보장	1-1) 신통합암진단비Ⅱ(특정암Ⅱ) 보장 1-2) 신통합암진단비Ⅱ(골및생식기관암) 보장 1-3) 신통합암진단비Ⅱ(비뇨기관및특정내분비선암) 보장 1-4) 신통합암진단비Ⅱ(2대부위암Ⅲ)(감액없음) 보장 1-5) 신통합암진단비Ⅱ(특정소화기관암)(감액없음) 보장 1-6) 신통합암진단비Ⅱ(2대부위암Ⅳ)(감액없음) 보장
2. 원발후전이 세부보장	2-1) 신통합암진단비Ⅱ(특정암Ⅱ(원발후전이)) 보장 2-2) 신통합암진단비Ⅱ(골및생식기관암(원발후전이)) 보장 2-3) 신통합암진단비Ⅱ(비뇨기관및특정내분비선암(원발후전이)) 보장 2-4) 신통합암진단비Ⅱ(2대부위암Ⅲ(원발후전이))(감액없음) 보장 2-5) 신통합암진단비Ⅱ(특정소화기관암(원발후전이))(감액없음) 보장 2-6) 신통합암진단비Ⅱ(2대부위암Ⅳ(원발후전이))(감액없음) 보장

[보험금 지급 예시1]



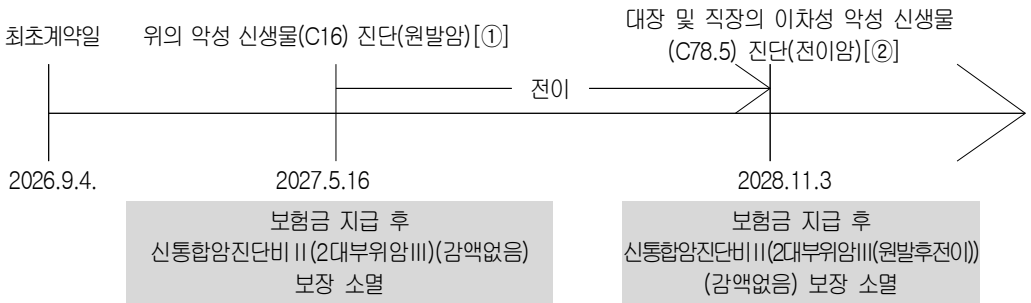
① : 2027.7.15. 진단확정된 특정암Ⅱ의 경우 최초계약일로부터 1년경과시점 전일 이전에 진단된 것으로, 특정암Ⅱ보장 **보험가입금액의 50%**를 보험금으로 지급 후 특정암Ⅱ 보장 **소멸**

② : 2027.12.09. 진단확정된 2대부위암Ⅲ의 경우 2대부위암Ⅲ보장 **보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 2대부위암Ⅲ(감액없음) 보장 **소멸**

③ : 2028.8.5. 진단확정된 특정암Ⅱ의 경우 이미 2026.7.15. 특정암Ⅱ 보장이 **소멸되었으므로, 보험금 미지급**

④ : 2029.4.21. 진단확정된 2대부위암Ⅳ의 경우 2대부위암Ⅳ보장 **보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 2대부위암Ⅳ(감액없음) 보장 **소멸**

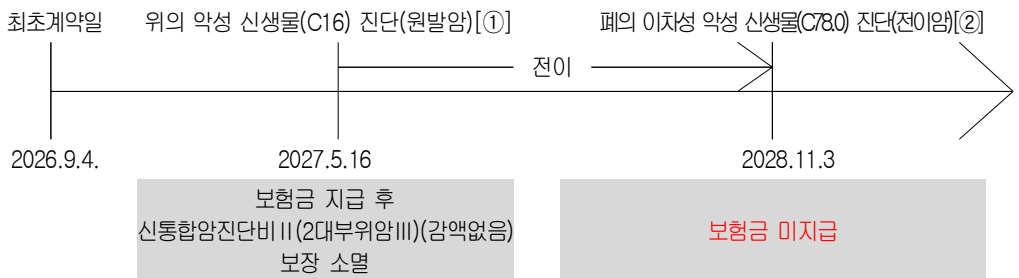
[보험금 지급 예시2]



① : 2027.5.16. 진단확정된 위의 악성 신생물(C16)(원발암)의 경우 2대부위암Ⅲ보장 보험가입금액에 해당하는 보험금 지급 후 2대부위암Ⅲ(감액없음) 보장 **소멸**

② : 2028.11.3. 진단확정된 대장 및 직장의 이차성 악성 신생물(C78.5)(전이암)의 경우 2대부위암Ⅲ(원발후전이)보장 보험가입금액에 해당하는 보험금 지급 후 2대부위암Ⅲ(원발후전이)(감액없음) 보장 **소멸**

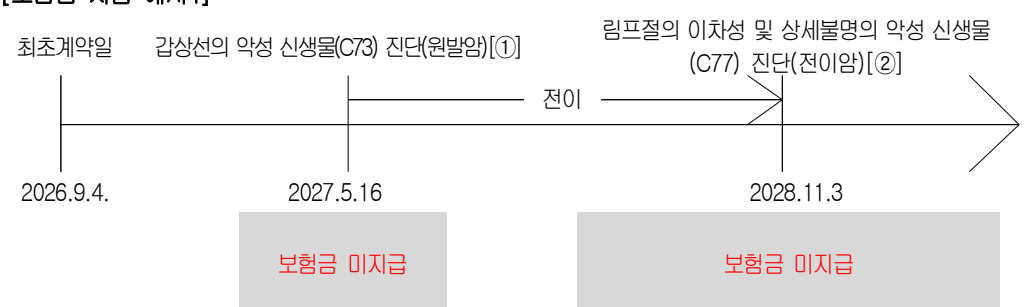
[보험금 지급 예시3]



① : 2027.5.16. 진단확정된 위의 악성 신생물(C16)(원발암)의 경우 2대부위암Ⅲ보장 보험가입금액에 해당하는 보험금 지급 후 2대부위암Ⅲ(감액없음) 보장 **소멸**

② : 2028.11.3. 진단확정된 폐의 이차성 악성 신생물(C78.0)(전이암)의 경우 「2대부위암Ⅳ」 이외의 부위를 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 전이된 경우이므로 보험금 지급사유에 해당되지 않아 **보험금 미지급**

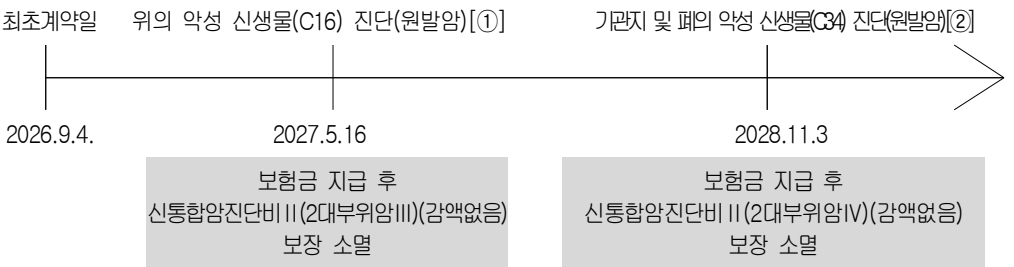
[보험금 지급 예시4]



① : 2027.5.16. 진단확정된 갑상선의 악성 신생물(C73)(원발암)의 경우 신통합암(원발후전이포함)진단비Ⅱ(유사암제외) 보장항목 제외 질병으로 보험금 지급사유에 해당되지 않아 **보험금 미지급**

② : 2028.11.3. 진단확정된 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(C77)(전이암)의 경우 「특정암Ⅱ」 이외의 부위를 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 전이된 경우이므로 보험금 지급사유에 해당되지 않아 **보험금 미지급**

[보험금 지급 예시5]



① : 2027.5.16. 진단확정된 위의 악성 신생물(C16) 진단(원발암)의 경우 2대부위암Ⅲ보장 보험가입금액에 해당하는 보험금 지급 후 2대부위암Ⅲ(감액없음) 보장 **소멸**

② : 2028.11.3. 진단확정된 기관지 및 폐의 악성 신생물(C34)(원발암)의 경우 2대부위암Ⅳ보장 보험가입금액에 해당하는 보험금 지급 후 2대부위암Ⅳ(감액없음) 보장 **소멸**

제2조(「신통합암(원발후전이포함)Ⅱ(유사암제외)(원발암)」 및 「신통합암(원발후전이포함)Ⅱ(유사암제외)(원발후전이)」 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「신통합암(원발후전이포함)Ⅱ(유사암제외)(원발암)」이라 함은 「특정암Ⅱ」, 「골및생식기관암」, 「비뇨기관및특정내분비선암」, 「2대부위암Ⅲ」, 「특정소화기관암」, 「2대부위암Ⅳ」을 총칭하나, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 제1항의 「특정암Ⅱ」, 「골및생식기관암」, 「비뇨기관및특정내분비선암」, 「2대부위암Ⅲ」, 「특정소화기관암」, 「2대부위암Ⅳ」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「신통합암(원발후전이포함)Ⅱ(유사암제외)(원발암) 분류표」(【별표77】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「신통합암(원발후전이포함)Ⅱ(유사암제외)(원발후전이)」이라 함은 「특정암Ⅱ(원발후전이)」, 「골및생식기관암(원발후전이)」, 「비뇨기관및특정내분비선암(원발후전이)」, 「2대부위암Ⅲ(원발후전이)」, 「특정소화기관암(원발후전이)」, 「2대부위암Ⅳ(원발후전이)」을 총칭하나, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

④ 제3항의 「특정암Ⅱ(원발후전이)」, 「골및생식기관암(원발후전이)」, 「비뇨기관및특정내분비선암(원발후전이)」, 「2대부위암Ⅲ(원발후전이)」, 「특정소화기관암(원발후전이)」, 「2대부위암Ⅳ(원발후전이)」이라 함은 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

1. 「특정암Ⅱ(원발후전이)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「신통합암(원발후전이포함)Ⅱ(유사암제외)(원발후전이) 분류표」(【별표67】 참조)에서 「특정암Ⅱ(원발후전이)」에 해당하는 질병을 말하나, 이 특별약관 제1항의 「특정암Ⅱ」이외의 부위를 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 전이된 경우는 제외합니다.
2. 「골및생식기관암(원발후전이)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「신통합암(원발후전이포함)Ⅱ(유사암제외)(원발후전이) 분류표」(【별표67】 참조)에서 「골및생식기관암(원발후전이)」에 해당하는 질병을 말하나, 이 특별약관 제1항의 「골및생식기관암」이외의 부위를 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 전이된 경우는 제외합니다.
3. 「비뇨기관및특정내분비선암(원발후전이)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「신통합암(원발후전이포함)Ⅱ(유사암제외)(원발후전이) 분류표」(【별표67】 참조)에서 「비뇨기관및특정내분비선암(원발후전이)」에 해당하는 질병을 말하나, 이 특별약관 제1항의 「비뇨기관및특정내분비선암」이외의 부위를 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 전이된 경우는 제외합니다.
4. 「2대부위암Ⅲ(원발후전이)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「신통합암(원발후전이포함)Ⅱ(유사암제외)(원발후전이) 분류표」(【별표67】 참조)에서 「2대부위암Ⅲ(원발후전이)」에 해당하는 질병을 말하나, 이 특별약관 제1항의 「2대부위암Ⅲ」이외의 부위를 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 전이된 경우는 제외합니다.

5. 「특정소화기관암(원발후전이)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「신통합암(원발후전이포함)II(유사암제외)(원발후전이) 분류표」(【별표67】 참조)에서 「특정소화기관암(원발후전이)」에 해당하는 질병을 말하나, 이 특별약관 제1항의 「특정소화기관암」이외의 부위를 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 전이된 경우는 제외합니다.
6. 「2대부위암IV(원발후전이)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「신통합암(원발후전이포함)II(유사암제외)(원발후전이) 분류표」(【별표67】 참조)에서 「2대부위암IV(원발후전이)」에 해당하는 질병을 말하나, 이 특별약관 제1항의 「2대부위암IV」이외의 부위를 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 전이된 경우는 제외합니다.

⑤ 제5조(특별약관의 무효)에서 「암(유사암제외)」이라 함은 아래 제6항의 「암」에서 제7항의 「유사암」을 제외한 암을 말합니다.

⑥ 「암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

⑦ 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.
1. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑧ 제6항의 「암」중 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시] - 제6항의 「암」에 한하여 적용
- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑨ 제3항의 「특정암II(원발후전이)」, 「골및생식기관암(원발후전이)」, 「비뇨기관및특정내분비선암(원발후전이)」, 「2대부위암III(원발후전이)」, 「특정소화기관암(원발후전이)」, 「2대부위암IV(원발후전이)」에는 제8항을 적용하지 않습니다.

⑩ 「특정암II」, 「골및생식기관암」, 「비뇨기관및특정내분비선암」, 「2대부위암III」, 「특정소화기관암」, 「2대부위암IV」, 「특정암II(원발후전이)」, 「골및생식기관암(원발후전이)」, 「비뇨기관및특정내분비선암(원발후전이)」, 「2대부위암III(원발후전이)」, 「특정소화기관암(원발후전이)」, 「2대부위암IV(원발후전이)」, 「암」, 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「특정암II」, 「골및생식

기관암」, 「비뇨기관및특정내분비선암」, 「2대부위암III」, 「특정소화기관암」, 「2대부위암IV」, 「특정암II(원발후전이)」, 「골및생식기관암(원발후전이)」, 「비뇨기관및특정내분비선암(원발후전이)」, 「2대부위암III(원발후전이)」, 「특정소화기관암(원발후전이)」, 「2대부위암IV(원발후전이)」, 「암」, 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

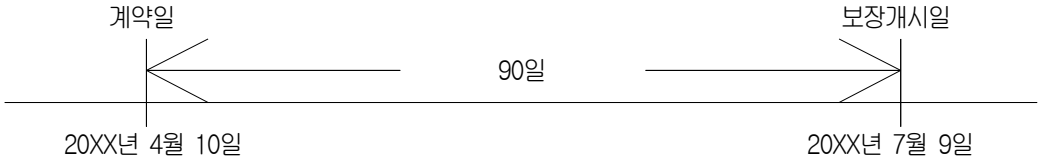
⑪ 제10항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「특정암II」, 「골및생식기관암」, 「비뇨기관및특정내분비선암」, 「2대부위암III」, 「특정소화기관암」, 「2대부위암IV」, 「특정암II(원발후전이)」, 「골및생식기관암(원발후전이)」, 「비뇨기관및특정내분비선암(원발후전이)」, 「2대부위암III(원발후전이)」, 「특정소화기관암(원발후전이)」, 「2대부위암IV(원발후전이)」, 「암」, 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제10항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 신통합암(원발후전이포함)진단비II(유사암제외)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

< 신통합암(원발후전이포함)진단비II(유사암제외)의 보장개시일 >

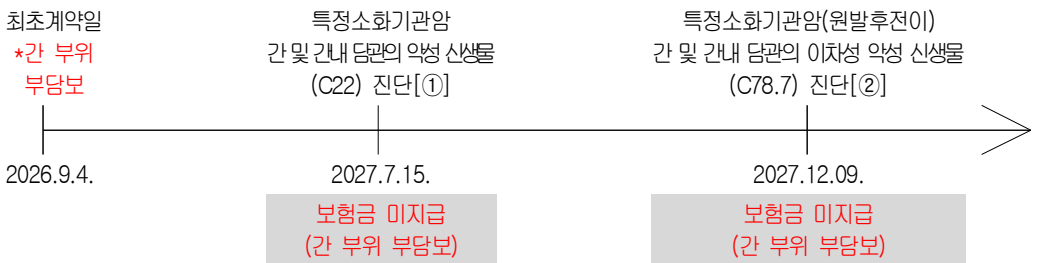


② 이 계약의 피보험자가 [제6장. 제도성 특별약관]의 [2. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관]을 가입한 경우 면책기간동안 [제6장. 제도성 특별약관]의 [2. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관]제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제1호에도 불구하고 “특정부위” 이외에서 발생한 암이 “특정부위”로 전이된 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

③ 피보험자가 제1항의 보장개시일 이후 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제7조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

[보험금 지급 예시6]



① : 2027.7.15. 진단확정된 간 및 간내 담관의 악성 신생물(C22)(원발암)의 경우 **[제6장. 제도성 특별약관]의 [2. 특정 신체부위・질병 보장제한부 인수 특별약관] 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제1호에 따라 보험금 미지급**

② : 2027.12.09. 진단확정된 간 및 간내 담관의 이차성 악성 신생물(C78.7)(전이암)이 **①항의 간 및 간내 담관의 악성 신생물(C22)(원발암)에서 전이된 경우** [제6장. 제도성 특별약관]의 [2. 특정 신체부위・질병 보장제한부 인수 특별약관] 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제1호에 따라 **보험금 미지급**

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제2조(「신통합암(원발후전이포함)Ⅱ(유사암제외)(원발암)」 및 「신통합암(원발후전이포함)Ⅱ(유사암제외)(원발후전이)」 등의 정의 및 진단확정)정) 제5항의 「암(유사암제외)」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 「신통합암진단비Ⅱ(특정암Ⅱ) 보장」, 「신통합암진단비Ⅱ(골및생식기관암) 보장」, 「신통합암진단비Ⅱ(비뇨기관및특정내분비선암) 보장」, 「신통합암진단비Ⅱ(2대부위암Ⅲ)(감액없음) 보장」, 「신통합암진단비Ⅱ(특정소화기관암)(감액없음) 보장」, 「신통합암진단비Ⅱ(2대부위암Ⅳ)(감액없음) 보장」, 「신통합암진단비Ⅱ(특정암Ⅱ(원발후전이)) 보장」, 「신통합암진단비Ⅱ(골및생식기관암(원발후전이)) 보장」, 「신통합암진단비Ⅱ(비뇨기관및특정내분비선암(원발후전이)) 보장」, 「신통합암진단비Ⅱ(2대부위암Ⅲ(원발후전이))(감액없음) 보장」, 「신통합암진단비Ⅱ(특정소화기관암(원발후전이))(감액없음) 보장」, 「신통합암진단비Ⅱ(2대부위암Ⅳ(원발후전이))(감액없음) 보장」에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 세부보장이 소멸되며. 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 세부보장의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 제1항에 따라 모든 세부보장이 소멸 된 경우, 즉 총12회 보험금을 지급받은 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
③ 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

131-1. 순환계질환(특정질병제외) 진단 및 치료비(통합간편가입형) 특별약관

131-1-1. 순환계질환(특정질병제외) 진단 및 치료비(통합간편가입형) 특별약관

131-1-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 이 특별약관은 아래의 총 4개의 세부보장으로 나뉩니다.

보 장
1) 순환계진단및치료비_뇌졸중 및 급성심근경색증진단비(최초1회한) 보장 2) 순환계진단및치료비_뇌혈관질환 및 허혈성심질환진단비(최초1회한) 보장 3) 순환계진단및치료비_순환계질환진단비(특정질병제외)(최초1회한) 보장 4) 순환계진단및치료비_순환계질환(특정질병제외) 혈전용해및혈전제거치료비(연간1회한) 보장

② 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 순환계진단및치료비_뇌졸중 및 급성심근경색증진단비(최초1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「순환계질환(특정질병제외)」 등의 정의 및 진단확정)의 「뇌졸중」 또는 「급성심근경색증」으로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
순환계진단및치료비_뇌졸중 및 급성심근경색증진단비(최초1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액

2. 순환계진단및치료비_뇌혈관질환 및 허혈성심질환진단비(최초1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「순환계질환(특정질병제외)」 등의 정의 및 진단확정)의 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심질환」으로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
순환계진단및치료비_뇌혈관질환 및 허혈성심질환진단비(최초1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액

3. 순환계진단및치료비_순환계질환진단비(특정질병제외)(최초1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「순환계질환(특정질병제외)」 등의 정의 및 진단확정)의 「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단확정되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
순환계진단및치료비_ 순환계질환진단비(특정질병제외) (최초1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액

4. 순환계진단및치료비_순환계질환(특정질병제외) 혈전용해및혈전제거치료비(연간1회한) : 이 특별약관의 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 제3조(「혈전제거치료」의 정의)의 「혈전제거치료」 또는 제4조(「혈전용해치료」의 정의)의 「혈전용해치료」를 받은 경우에는 각 치료구분별 지급횟수에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	치료구분	지 급 금 액	
		계약일부터 1년미만 발생시	계약일부터 1년이후 발생시
순환계진단및치료비_순환계질환(특정질병제외) 혈전용해및혈전제거치료비(연간1회한)	순환계질환(특정질병제외) 혈전제거치료	이 세부보장 보험가입금액의 x 50%	이 세부보장 보험가입금액
	뇌혈관질환 혈전용해치료	이 세부보장 보험가입금액의 x 50%	이 세부보장 보험가입금액
	심혈관및기타질환 혈전용해치료	이 세부보장 보험가입금액의 x 50%	이 세부보장 보험가입금액

③ 제2항 제4호에 해당하는 치료구분 및 지급횟수는 아래와 같습니다.

구 분	치료구분	지급횟수
순환계진단및치료비_순환계질환(특정질병제외) 혈전용해및혈전제거치료비(연간1회한)	순환계질환(특정질병제외) 혈전제거치료	연간1회한
	뇌혈관질환 혈전용해치료	연간1회한
	심혈관및기타질환 혈전용해치료	연간1회한

제2조(「순환계질환(특정질병제외)」 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 분류표」(【별표84】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서「특정질병」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서「특정순환계질환II 분류표」(【별표85】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표17】 참조)에 해당하는 1. 거미막하출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착으로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표16】 참조)에 해당하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표19】 참조)에 해당하는 1. 거미막하 출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 8. 기타 뇌혈관 질환, 9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 10. 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「허혈성심질환」이라 함은 「허혈성심질환 분류표」(【별표18】 참조)에 해당하는 허혈성심질환으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서「심혈관및기타질환」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 중 심혈관및기타질환 분류표」(【별표104】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑧「순환계질환(특정질병제외)」,「뇌졸중」,「급성심근경색증」,「뇌혈관질환」및「허혈성심질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 혈액검사(혈액 중 심장효소검사 등), 뇌척수액 검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가「순환계질환(특정질병제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중「순환계질환(특정질병제외)」,「뇌졸중」,「급성심근경색증」,「뇌혈관질환」및「허혈성심질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이「순환계질환(특정질병제외)」,「뇌졸중」,「급성심근경색증」,「뇌혈관질환」및「허혈성심질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]
Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]
Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]
뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]
Single Photon Emission Computed Tomography. γ선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제3조(「혈전제거치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전제거치료」라 함은 의사가 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.
② 「혈전제거술」이라 함은 “혈관으로부터 혈전을 제거하는 것”을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제4조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사가「뇌혈관질환」또는「심혈관및기타질환」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
② 제1항의「혈전용해제」라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.
③ 제2항의「혈전용해제」를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은「혈전용해치료」에서 제외됩니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호 내지 제3호에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호 내지 제3호에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제7조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.
② 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일

까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전제거치료」 또는 「혈전용해치료」를 받기 위해 치료일자 예약 후 제5조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

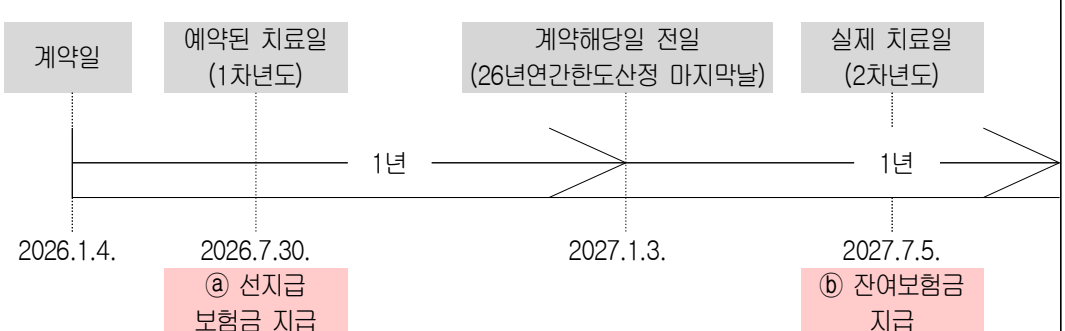
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시(지급횟수가 연간1회한 보장) 】



ⓐ 선지급 보험금 : 연간1회한 보장의 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입

ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에

서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제5조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 「순환계진단및치료비_뇌졸중 및 급성심근경색증진단비(최초1회한)」, 「순환계진단및치료비_뇌혈관질환 및 허혈성심질환진단비(최초1회한)」, 「순환계진단및치료비_순환계질환진단비(특정질병제외)(최초1회한)」에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

131-2. 순환계질환(특정질병제외) 진단 및 치료비 특별약관

131-2-1. 순환계질환(특정질병제외) 진단 및 치료비 특별약관

131-2-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 이 특별약관은 아래의 총 4개의 세부보장으로 나뉩니다.

보 장
1) 순환계진단및치료비_뇌졸중 및 급성심근경색증진단비(최초1회한) 보장 2) 순환계진단및치료비_뇌혈관질환 및 허혈성심질환진단비(최초1회한) 보장 3) 순환계진단및치료비_순환계질환진단비(특정질병제외)(최초1회한) 보장 4) 순환계진단및치료비_순환계질환(특정질병제외) 혈전용해및혈전제거치료비(연간1회한) 보장

② 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 순환계진단및치료비_뇌졸중 및 급성심근경색증진단비(최초1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「순환계질환(특정질병제외)」 등의 정의 및 진단확정)의 「뇌졸중」 또는 「급성심근경색증」 으로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
순환계진단및치료비_뇌졸중 및 급성심근경색증진단비(최초1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액

2. 순환계진단및치료비_뇌혈관질환 및 허혈성심질환진단비(최초1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「순환계질환(특정질병제외)」 등의 정의 및 진단확정)의 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심질환」 으로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
순환계진단및치료비_뇌혈관질환 및 허혈성심질환진단비(최초1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액

3. 순환계진단및치료비_순환계질환진단비(특정질병제외)(최초1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「순환계질환(특정질병제외)」 등의 정의 및 진단확정)의 「순환계질환(특정질병제외)」 으로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
순환계진단및치료비_ 순환계질환진단비(특정질병제외) (최초1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액

4. 순환계진단및치료비_순환계질환(특정질병제외) 혈전용해및혈전제거치료비(연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「순환계질환(특정질병제외)」 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단확정되고 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 제3조(「혈전제거치료」의 정의)의 「혈전제거치료」 또는 제4조(「혈전용해치료」의 정의)의 「혈전용해치료」를 받은 경우에는 각 치료구분별 지급횟수에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	치료구분	지 급 금 액	
		계약일부터 1년미만 발생시	계약일부터 1년이후 발생시
순환계진단및치료비_순환계질환(특정질병제외) 혈전용해및혈전제거치료비(연간1회한)	순환계질환(특정질병제외) 혈전제거치료	이 세부보장 보험가입금액의 x 50%	이 세부보장 보험가입금액
	뇌혈관질환 혈전용해치료	이 세부보장 보험가입금액의 x 50%	이 세부보장 보험가입금액
	심혈관및기타질환 혈전용해치료	이 세부보장 보험가입금액의 x 50%	이 세부보장 보험가입금액

③ 제2항 제4호에 해당하는 치료구분 및 지급횟수는 아래와 같습니다.

구 분	치료구분	지급횟수
순환계진단및치료비_순환계질환(특정질병제외) 혈전용해및혈전제거치료비(연간1회한)	순환계질환(특정질병제외) 혈전제거치료	연간1회한
	뇌혈관질환 혈전용해치료	연간1회한
	심혈관및기타질환 혈전용해치료	연간1회한

제2조(「순환계질환(특정질병제외)」 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「순환계질환(특정질병제외)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 분류표」(【별표84】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「특정질병」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「특정순환계질환II 분류표」(【별표85】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표17】 참조)에 해당하는 1. 거미막하출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착으로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표16】 참조)에 해당하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표19】 참조)에 해당하는 1. 거미막하 출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 8. 기타 뇌혈관 질환, 9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 10. 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「허혈성심질환」이라 함은 「허혈성심질환 분류표」(【별표18】 참조)에 해당하는 허혈

성심질환으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서「심혈관및기타질환」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 중 심혈관및기타질환 분류표」(【별표104】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑧「순환계질환(특정질병제외)」,「뇌졸중」,「급성심근경색증」,「뇌혈관질환」및「허혈성심질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 혈액검사(혈액 중 심장효소검사 등), 뇌척수액 검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가「순환계질환(특정질병제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중「순환계질환(특정질병제외)」,「뇌졸중」,「급성심근경색증」,「뇌혈관질환」및「허혈성심질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이「순환계질환(특정질병제외)」,「뇌졸중」,「급성심근경색증」,「뇌혈관질환」및「허혈성심질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]

Single Photon Emission Computed Tomography. γ선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제3조(「혈전제거치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전제거치료」라 함은 의사가 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

②「혈전제거술」이라 함은 “혈관으로부터 혈전을 제거하는 것”을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제4조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사가「뇌혈관질환」또는「심혈관및기타질환」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항의「혈전용해제」라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항의「혈전용해제」를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은「혈전용해치료」에서 제외됩니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호 내지 제3호에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호 내지 제3호에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제7조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단 확정되고 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전제거치료」 또는 「혈전용해치료」를 받기 위해 치료일자 예약 후 제5조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

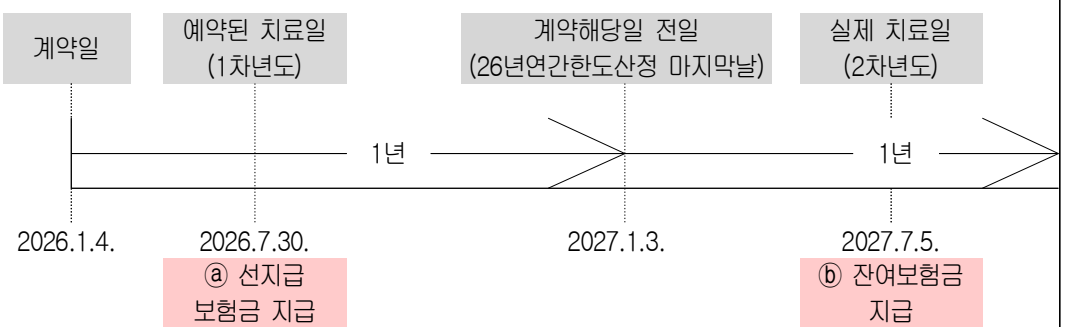
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.
1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에

서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시(지급횟수가 연간1회한 보장) 】



ⓐ 선지급 보험금 : 연간1회한 보장의 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입

ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제5조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니

다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 「순환계진단및치료비_뇌졸중 및 급성심근경색증진단비(최초1회한)」, 「순환계진단및치료비_뇌혈관질환 및 허혈성심질환진단비(최초1회한)」, 「순환계진단및치료비_순환계질환진단비(특정질병제외)(최초1회한)」에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

132. 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한,진단후10년) 특별약관

132-1. 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)(통합간편가입형) 특별약관
132-2. 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한,진단후10년) 특별약관

132-1 및 132-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한,진단후10년) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 「보험금 지급기간」이내에 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 암 주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우에는 아래의 금액을 지급. 다만, 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)는 최초 진단확정일로부터 최대 10년간, 연간1회를 한도로 지급(최대 10회 지급)

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
암주요치료비(유사암제외) (연간1회한,진단후10년)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제2항의 「암」에서 제3항의 「유사암」을 제외한 암을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant

condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.
1. 「갑상선암」이라 함은 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 【별표13-2】 「제자리신생물 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 【별표13-3】 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우, 「암」, 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「암 주요치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 주요치료」라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료를 말합니다.

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. 단순 호르몬제 치료(다만, 호르몬성 항암치료는 「암 주요치료」에 포함합니다)

단순 호르몬제 치료
암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.
가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 「암 주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 「암 주요치료」로 봅니다.

<호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조>
③ '말기환자'란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제4조(「암수술」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술」이라 함은 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑥ 제1항 내지 제4항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」의 정의)

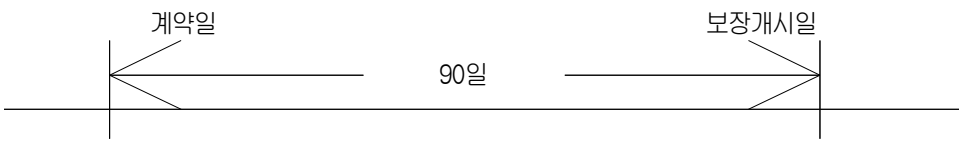
① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)를 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

< 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)의 보장개시일 >



② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 「암(유사암제외)」의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「보험금 지급기간」이라 함은 「암(유사암제외)」최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

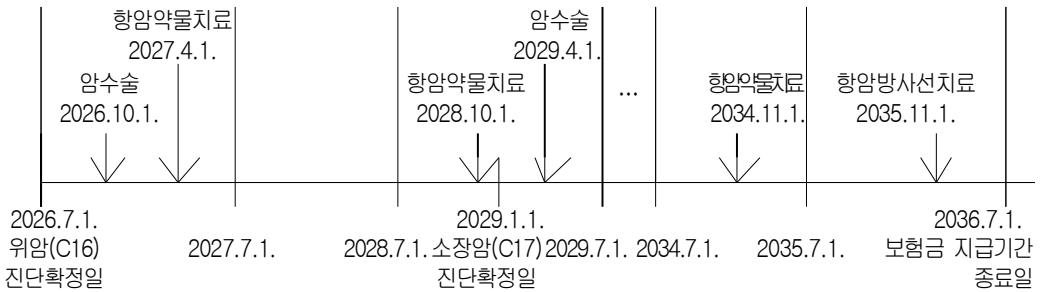
⑤ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 암(유사암제외)으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)를 보장합니다.

⑥ 회사는 피보험자가 암 주요치료(암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)만 지급합니다.

⑦ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 계약일로부터 1년미만 내 「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정된 경우에는 「보험금 지급기간」 중 암 주요치료를 받은 시점이 계약일로부터 1년 이후에 해당하더라도 각 차년도별 지급금액은 보험가입금액의 50%를 지급합니다.

[보험금 지급 예시1]

- 보험계약일로부터 1년미만 내 「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정된 경우
- 보험계약일 : 2026년 3월 1일, 30년만기
- 보험가입금액 1,000만원 기준
- 위의 악성신생물(C16) 최초진단 확정일 : 2026년 7월 1일
- 소장의 악성신생물(C17) 최초진단 확정일 : 2029년 1월 1일



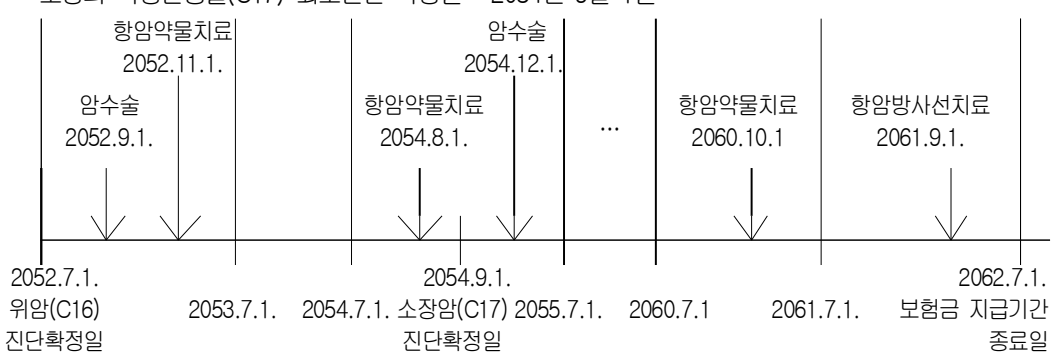
- 암 최초진단 후 암 주요치료시, 지급예시

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
암수술(C16) 500만원 지급 (50% 지급)	-	항암약물치료(C16) 500만원 지급 (50% 지급)	…	항암약물치료(C17) 500만원 지급 (50% 지급)	항암방사선치료(C17) 500만원 지급 (50% 지급)
항암약물치료(C16) 미지급 (연간1회한도 초과)	-	암수술(C17) 미지급 (연간1회한도 초과)	…	-	

※ 위암(C16) 최초 진단확정일(2026년 7월 1일) 이후에 소장암(C17)을 최초 진단받더라도 「보험금 지급기간」은 위암(C16) 최초 진단확정일(2026년 7월 1일)로부터 10년입니다.

[보험금 지급 예시2]

- 보험계약일 : 2026년 7월 1일, 30년만기
- 보험가입금액 1,000만원 기준
- 위의 악성신생물(C16) 최초진단 확정일 : 2052년 7월 1일
- 소장의 악성신생물(C17) 최초진단 확정일 : 2054년 9월 1일



- 암 최초진단 후 암 주요치료시, 지급예시

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
암수술(C16) 1,000만원	-	항암약물치료(C16) 1,000만원 지급	…	항암약물치료(C17) 1,000만원 지급	항암방사선치료(C17) 1,000만원 지급
항암약물치료(C16) 미지급 (연간1회한도 초과)	-	암수술(C17) 미지급 (연간1회한도 초과)	…	-	-

※ 위암(C16) 최초 진단확정일(2052년 7월 1일) 이후에 소장암(C17)을 최초 진단받더라도 「보험금 지급기간」은 위암(C16) 최초 진단확정일(2052년 7월 1일)로부터 10년입니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(유사암제외)으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제10조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

① 이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 제26조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 보장개시일 이후에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정된 경우 차회 이후부터 이 특별약관의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급기간」이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암(유사암제외)으로 최초 진단 확정 받고 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항에서 정한 보험금 지급기간이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특

별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

133. 암주요치료비(유사암)(연간1회한,진단후10년) 특별약관

133-1. 암주요치료비(유사암)(연간1회한,진단후10년)(통합간편가입형) 특별약관
133-2. 암주요치료비(유사암)(연간1회한,진단후10년) 특별약관

133-1 및 133-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 암주요치료비(유사암)(연간1회한,진단후10년): 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「유사암」으로 진단확정되고 「보험금 지급기간」 이내에 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 암 주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우에는 아래의 금액을 지급. 다만, 암주요치료비(유사암)(연간1회한,진단후10년)는 최초 진단확정일로부터 최대 10년간, 연간 1회를 한도로 지급(최대 10회 지급)

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
암주요치료비 (유사암) (연간1회한,진단후10년)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)

① 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

1. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「암 주요치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 주요치료」라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료를 말합니다.
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. 단순 호르몬제 치료(다만, 호르몬성 항암치료는 「암 주요치료」에 포함합니다)

단순 호르몬제 치료
암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.
가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 「암 주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)
③ 제2항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 "암 주요치료"로 봅니다.

<호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조>
③ '말기환자'란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제4조(「암수술」등의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술」이라 함은 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받는 것을 말합니다.
② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.
④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
⑤ 제2항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
⑥ 제1항 내지 제4항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서「연간」이라 함은「유사암」의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서「보험금 지급기간」이라 함은「유사암」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

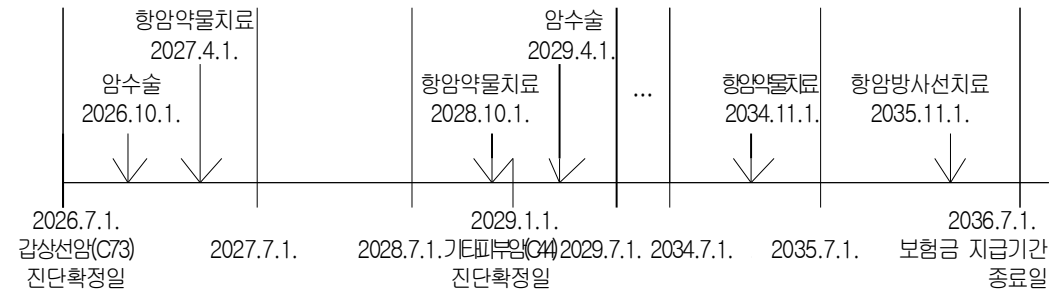
④ 피보험자가 보험기간 중「유사암」으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암주요치료비(유사암)(연간1회한,진단후10년)를 보장합니다.

⑤ 회사는 피보험자가 암 주요치료(암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 암주요치료비(유사암)(연간1회한,진단후10년)만 지급합니다.

⑥ 피보험자가 보험기간 중 계약일로부터 1년미만 내 「유사암」으로 최초 진단확정된 경우에는 「보험금 지급기간」 중 암 주요치료를 받은 시점이 계약일로부터 1년 이후에 해당하더라도 각 차년도별 지급금액은 보험가입금액의 50%를 지급합니다.

[보험금 지급 예시1]

- 보험계약일로부터 1년미만 내「유사암」으로 최초 진단확정된 경우
- 보험계약일 : 2026년 3월 1일, 30년만기
- 보험가입금액 200만원 기준
- 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2026년 7월 1일
- 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2029년 1월 1일



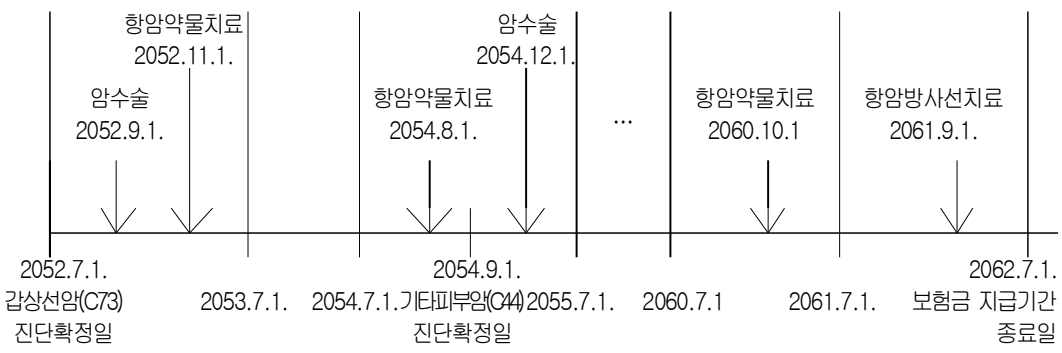
- 암 최초진단 후 암 주요치료시, 지급예시

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
암수술(C73) 100만원 지급 (50% 지급)	-	항암약물치료(C73) 100만원 지급 (50% 지급)	…	항암약물치료(C44) 100만원 지급 (50% 지급)	항암방사선치료(C44) 100만원 지급 (50% 지급)
항암약물치료(C73) 미지급 (연간1회한도 초과)	-	암수술(C44) 미지급 (연간1회한도 초과)	…	-	

※ 갑상선암(C73) 최초 진단확정일(2026년 7월 1일) 이후에 기타피부암(C44)을 최초 진단받더라도 「보험금 지급기간」은 갑상선암(C73) 최초 진단확정일(2026년 7월 1일)로부터 10년입니다.

[보험금 지급 예시2]

- 보험계약일 : 2026년 7월 1일, 30년만기
- 보험가입금액 200만원 기준
- 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2052년 7월 1일
- 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2054년 9월 1일



- 갑상선암, 기타피부암 최초진단 후 암주요치료시, 지급예시

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
암수술(C73) 200만원 지급	-	항암약물치료(C73) 200만원 지급	…	항암약물치료(C44) 200만원 지급	항암방사선치료(C44) 200만원 지급
항암약물치료(C73) 미지급 (연간1회한도 초과)	-	암수술(C44) 미지급 (연간1회한도 초과)	…	-	-

※ 갑상선암(C73) 최초 진단확정일(2052년 7월 1일) 이후에 기타피부암(C44)을 최초 진단받더라도 「보험금 지급기간」은 갑상선암(C73) 최초 진단확정일(2052년 7월 1일)로부터 10년입니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

① 이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 제26조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)에서 정한「유사암」으로 최초 진단확정된 경우 차회 이후부터 이 특별약관의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제9조(특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의「유사암」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라「유사암」으로 최초 진단 확정 받고 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에서 정한 보험금 지급기간이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

134. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅱ(유사암)(연간1회한,진단후10년) 특별약관

134-1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅱ(유사암)(연간1회한,진단후10년)(통합간편가입형) 특별약관

134-2. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅱ(유사암)(연간1회한,진단후10년) 특별약관

134-1 및 134-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅱ(유사암)(연간1회한,진단후10년): 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)에서 정한「유사암」으로 진단확정되고 「보험금 지급기간」이내에「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 「상급종합병원」,「국립암센터」,「원자력의학원」에서 암 주요치료Ⅳ(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외))를 받은 경우에는 아래의 금액을 지급. 다만, 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅱ(유사암)(연간1회한,진단후10년)는 최초 진단확정일로부터 최대 10년간, 연간1회를 한도로 지급(최대 10회 지급)

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
상급종합병원 (국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅱ (유사암)(연간1회한,진단후10년)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)

① 「유사암」이라 함은「갑상선암」,「기타피부암」,「제자리암」,「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

1. 「갑상선암」이라 함은「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「암 주요치료Ⅳ」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 주요치료Ⅳ」라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외)를 말합니다.

② 「암 주요치료Ⅳ」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

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. 제1호 내지 제4호 이외의 "암 주요치료Ⅳ"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 "암 주요치료Ⅳ"로 봅니다.

<호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조>
③ '말기환자'란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제4조(「암수술」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술」이라 함은 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑥ 제1항 내지 제4항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)를 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

③「항암약물치료(호르몬치료제외)」라 함은 제2항에서 정한「항암약물치료」중에서 제4항에서 정한 「항암호르몬약물치료」를 제외한 치료를 말합니다.

④「항암호르몬약물치료」라 함은 제2항에서 정한 「항암약물치료」 중에서 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 "호르몬성 항암제"를 말합니다.

1. 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"에서 정한 약효분류번호 421(항악성종양제), 617(주로 악성종양에 작용하는 것)에 해당하는 약제
2. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계에 따라 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터(KPIS)에서 부여한 국내 의약품 ATC코드에서 L02(항악성종양제 및 면역조절제 중 내분비 치료제)에 해당하는 약제

호르몬성 항암제
호르몬의 작용을 억제하거나 조절하여 암세포의 성장을 억제하는 약물

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고, 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"의 개정에 따라 제4항 제1호의 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

⑥ 제4항 제2호에도 불구하고, 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계의 개정으로 제4항 제2호의 "ATC코드"가 폐지 또는 변경되거나, 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터에서 국내 의약품에 대하여 "ATC코드"를 부여하지 않아 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 기준을 따릅니다.

제6조(「상급종합병원」의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제7조(국립암센터의 정의)

이 특별약관에서 「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말합니다.

[암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)]
① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.
[암관리법 제29조(부속기관의 설치)]
① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

제8조(원자력의학원의 정의)

이 특별약관에서 「원자력의학원」이라 함은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 제13조의3(분원 또는 부설기관)에서 정한 한국원자력의학원의 부속병원을 말합니다.

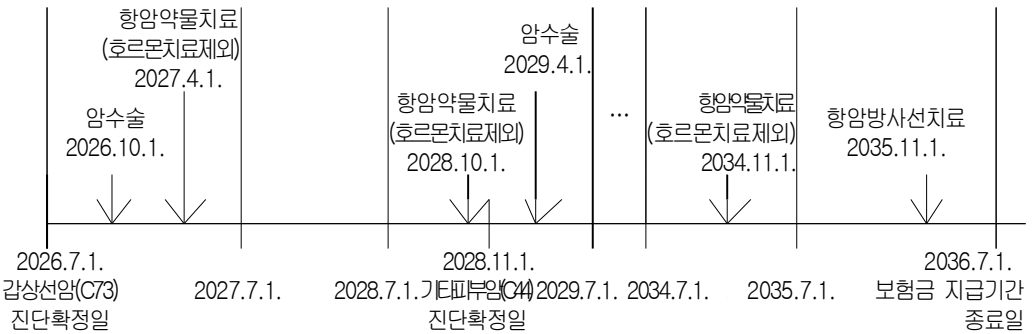
[방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립)]
① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원을 설립한다.
[방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의3(분원 또는 부설기관)]
① 의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

제9조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
② 제1조(보험금의 지급사유)에서「연간」이라 함은「유사암」의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.
③ 제1조(보험금의 지급사유)에서「보험금 지급기간」이라 함은「유사암」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.
④ 피보험자가 보험기간 중「유사암」으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅱ(유사암)(연간1회한,진단후10년)를 보장합니다.
⑤ 회사는 피보험자가 암 주요치료Ⅳ(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외))를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅱ(유사암)(연간1회한,진단후10년)만 지급합니다.
⑥ 피보험자가 보험기간 중 계약일로부터 1년미만 내 「유사암」으로 최초 진단확정된 경우에는 「보험금 지급기간」 중 암 주요치료를 받은 시점이 계약일로부터 1년 이후에 해당하더라도 각 차년도별 지급금액은 보험가입금액의 50%를 지급합니다.

[보험금 지급 예시1] ※ 상급종합병원,국립암센터,원자력의학원 치료에 한함

- 보험계약일로부터 1년미만 내「유사암」으로 최초 진단확정된 경우
- 보험계약일 : 2026년 3월 1일, 30년만기
- 보험가입금액 200만원 기준
- 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2026년 7월 1일
- 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2029년 1월 1일



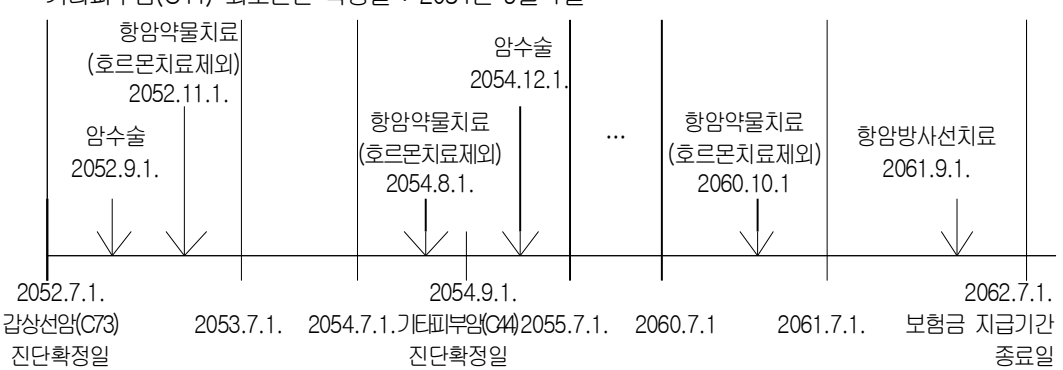
- 암 최초진단 후 암 주요치료시, 지급예시

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
암수술(C73) 100만원 지급 (50% 지급)	-	항암약물치료 (호르몬치료제외)(C73) 100만원 지급 (50% 지급)	…	항암약물치료 (호르몬치료제외)(C44) 100만원 지급 (50% 지급)	항암방사선치료(C44) 100만원 지급 (50% 지급)
항암약물치료 (호르몬치료제외)(C73) 미지급 (연간1회한도 초과)	-	암수술(C44) 미지급 (연간1회한도 초과)	…	-	

※ 갑상선암(C73) 최초 진단확정일(2026년 7월 1일) 이후에 기타피부암(C44)을 최초 진단받더라도 「보험금 지급기간」은 갑상선암(C73) 최초 진단확정일(2026년 7월 1일)로부터 10년입니다.

[보험금 지급 예시2] ※ 상급종합병원,국립암센터,원자력의학원 치료에 한함

- 보험계약일 : 2026년 7월 1일, 30년만기
- 보험가입금액 200만원 기준
- 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2052년 7월 1일
- 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2054년 9월 1일



- 갑상선암, 기타피부암 최초진단 후 암주요치료시, 지급예시

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
암수술(C73) 200만원 지급	-	항암약물치료 (호르몬치료제외)(C73) 200만원 지급	…	항암약물치료 (호르몬치료제외)(C44) 200만원 지급	항암방사선치료(C44) 200만원 지급
항암약물치료 (호르몬치료제외)(C73) 미지급 (연간1회한도 초과)	-	암수술(C44) 미지급 (연간1회한도 초과)	…	-	-

※ 갑상선암(C73) 최초 진단확정일(2052년 7월 1일) 이후에 기타피부암(C44)을 최초 진단받더라도 「보험금 지급기간」은 갑상선암(C73) 최초 진단확정일(2052년 7월 1일)로부터 10년입니다.

제10조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제11조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

① 이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 제26조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「유사암」으로 최초 진단확정된 경우 차회 이후부터 이 특별약관의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제12조(특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「유사암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급기간」 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제13조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 「유사암」으로 최초 진단 확정 받고 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에서 정한 보험금 지급기간이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

135-1. 종합병원 질병수술비(통합간편가입형) 특별약관

135-1-1. 종합병원 질병수술비(통합간편가입형) 특별약관

135-1-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 종합병원 질병수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 수술을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
종합병원 질병수술비	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「종합병원」의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우도 수술로 간주합니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함.
2. 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

③ 제2항 제2호의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.

④ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나, 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 1회에 한하여 하나의 질병수술비만 지급하여 드립니다.

용어의 정의
같은 질병이라 함은 동일한 원인으로 발생한 질병으로서, 치료 부위가 다르다고 할지라도 치료의 목적이 동일한 질병일 경우 같은 질병에 해당합니다.

② 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제3조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병수술비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
5. 비만(E66) 수술
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84,K60~K62,K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진 예방접종, 인공유산.
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

135-2. 종합병원 질병수술비Ⅱ 특별약관

135-2-1. 종합병원 질병수술비Ⅱ 특별약관

135-2-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 종합병원 질병수술비Ⅱ : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 수술을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
종합병원 질병수술비Ⅱ	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「종합병원」의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우도 수술로 간주합니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함.
2. 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

③ 제2항 제2호의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.

④ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나, 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 1회에 한하여 하나의 질병수술비만 지급하여 드립니다.

용어의 정의

같은 질병이라 함은 동일한 원인으로 발생한 질병으로서, 치료 부위가 다르다고 할지라도 치료의 목적이 동일한 질병일 경우 같은 질병에 해당합니다.

② 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.
③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제3조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병수술비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
5. 비만(E66) 수술
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84,K60~K62,K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.
1. 건강검진 예방접종, 인공유산.
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제6조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

136-1. 상급종합병원 질병수술비(통합간편가입형) 특별약관
136-1-1. 상급종합병원 질병수술비(통합간편가입형) 특별약관

136-1-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원 질병수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 수술을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
상급종합병원 질병수술비	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「상급종합병원」의 정의)
이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제3조(「수술」의 정의와 장소)
① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우도 수술로 간주합니다.
1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함.
2. 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.
③ 제2항 제2호의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.
④ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원

이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나, 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 1회에 한하여 하나의 질병수술비만 지급하여 드립니다.

용어의 정의

같은 질병이라 함은 동일한 원인으로 발생한 질병으로서, 치료 부위가 다르다고 할지라도 치료의 목적이 동일한 질병일 경우 같은 질병에 해당합니다.

② 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제3조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병수술비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
5. 비만(E66) 수술
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84,K60~K62,K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진 예방접종, 인공유산.
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

136-2. 상급종합병원 질병수술비Ⅱ 특별약관

136-2-1. 상급종합병원 질병수술비Ⅱ 특별약관

136-2-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원 질병수술비Ⅱ : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 수술을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
상급종합병원 질병수술비Ⅱ	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「상급종합병원」의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우도 수술로 간주합니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함.
2. 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

③ 제2항 제2호의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.

④ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나, 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 1회에 한하여 하나의 질병수술비만 지급하여 드립니다.

용어의 정의

같은 질병이라 함은 동일한 원인으로 발생한 질병으로서, 치료 부위가 다르다고 할지라도 치료의 목적이 동일한 질병일 경우 같은 질병에 해당합니다.

② 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제3조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병수술비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
5. 비만(E66) 수술
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84,K60~K62,K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진 예방접종, 인공유산.
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대

상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

137. 전신마취암수술비 특별약관

137-1. 전신마취암수술비(통합간편가입형) 특별약관
137-2. 전신마취암수술비 특별약관

137-1 및 137-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 전신마취암수술비(2시간이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)의 「암관련질병」으로 진단이 확정되고, 그 「암관련질병」의 직접적인 치료를 목적으로 전신마취를 하고 마취시간 2시간이상의 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
전신마취암수술비(2시간이상)	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액

2. 전신마취암수술비(4시간이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)의 「암관련질병」으로 진단이 확정되고, 그 「암관련질병」의 직접적인 치료를 목적으로 전신마취를 하고 마취시간 4시간이상의 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
전신마취암수술비(4시간이상)	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액

3. 전신마취암수술비(6시간이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)의 「암관련질병」으로 진단이 확정되고, 그 「암관련질병」의 직접적인 치료를 목적으로 전신마취를 하고 마취시간 6시간이상의 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
전신마취암수술비(6시간이상)	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액

4. 전신마취암수술비(8시간이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)의 「암관련질병」으로 진단이 확정되고, 그 「암관련질병」의 직접적인 치료를 목적으로 전신마취를 하고 마취시간 8시간이상의 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
전신마취암수술비(8시간이상)	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

보 장
1) 전신마취암수술비(2시간이상) 보장 2) 전신마취암수술비(4시간이상) 보장 3) 전신마취암수술비(6시간이상) 보장 4) 전신마취암수술비(8시간이상) 보장

제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」(이하 「암관련질병」이라 합니다) 이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
   다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.
5. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「암관련질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암관련질병」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암관련질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑤ 제4항 제7호의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항 제7호의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의「수술」에서도 제외합니다.

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제4조(「전신마취」의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「전신마취」라 함은 의사의 관리 하에 약물 등을 사용하여 전신을 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키기 위해 아래의 「전신마취 의료행위 분류표」(【별표79】 참조)에서 정한 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「전신마취」는 「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.

③ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '전신마취 의료행위'에 준하여 보장 여부를 결정합니다.

④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 '전신마취 의료행위' 외에 '전신마취 의료행위'에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[마취관리기본 및 마취유지 수가코드에 의한 마취시간 계산 예시]

① L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 30회의 경우
: 60분 × 1회 + 15분 × 30회 = 510분
→ 마취시간 2시간 이상, 4시간 이상, 6시간 이상 및 8시간 이상에 해당

② L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 20회의 경우
: 60분 × 1회 + 15분 × 20회 = 360분
→ 마취시간 2시간 이상, 4시간 이상 및 6시간 이상에 해당
→ 마취시간 8시간 이상에 해당되지 않음

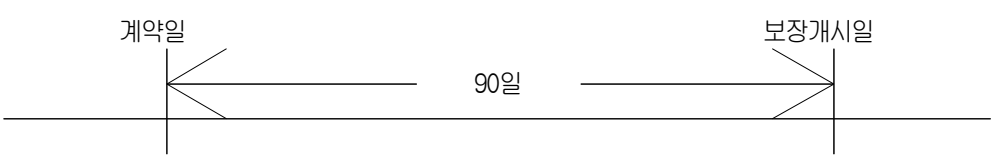
③ L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 10회의 경우
: 60분 × 1회 + 15분 × 10회 = 210분
→ 마취시간 2시간 이상에 해당
→ 마취시간 4시간 이상, 6시간 이상 및 8시간 이상에 해당되지 않음

주1) 마취유지 : 1시간을 초과하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매 15분 증가할 때마다 산정

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 전신마취암수술비의 보장개시일은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날입니다.

< 전신마취암수술비의 보장개시일 >



② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제3조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암관련질병」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로

하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제9조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(전신마취 종류와 마취시간, 수술내용을 확인할 수 있는 마취기록지 및 수술기록지 등), 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 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

138-1. 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(181일이상)(통합간편가입형) 특별약관

138-1-1. 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(181일이상)(통합간편가입형) 특별약관

138-1-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(181일이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 181일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 181일째 입원일로부터 입원 1일당 아래의 금액을 지급합니다. 다만, 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(181일이상)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
질병입원비 (요양,정신,한방병원제외) (181일이상)	계약일로부터 1년미만 발생시	181일째 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(185일한도)
	계약일로부터 1년이후 발생시	181일째 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(185일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 의료기관은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)

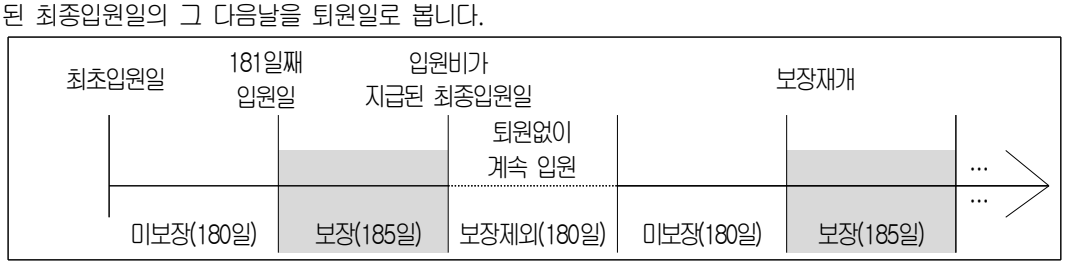
이 특별약관에서 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(181일이상)의 지급일수는 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 180일을 초과하여 입원한 날만을 기준으로 하며, 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

③ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(181일이상)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급합니다.

⑤ 피보험자가 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자가「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 해당「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다) 퇴원일까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전

까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 최초 입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우, 1년미만의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 100%를 지급합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환
5. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
6. 성병
7. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

138-2. 질병입원비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외)(181일이상) 특별약관

138-2-1. 질병입원비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외)(181일이상) 특별약관

138-2-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 질병입원비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외)(181일이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 181일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 181일째 입원일로부터 입원 1일당 아래의 금액을 지급합니다. 다만, 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(181일이상)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
질병입원비 II (요양,정신,한방병원제외) (181일이상)	계약일로부터 1년미만 발생시	181일째 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(185일한도)
	계약일로부터 1년이후 발생시	181일째 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(185일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 의료기관은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)

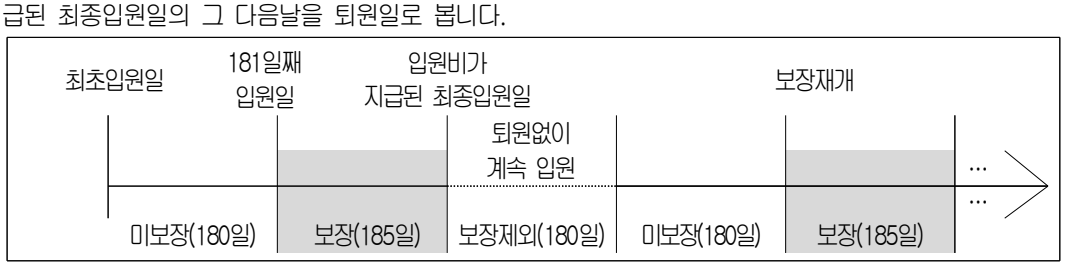
이 특별약관에서 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(181일이상)의 지급일수는 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 180일을 초과하여 입원한 날만을 기준으로 하며, 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

③ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원비 II(요양,정신,한방병원제외)(181일이상)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급합니다.

⑤ 피보험자가 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자가「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경

우에는 해당「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다) 퇴원일까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 최초 입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우, 1년미만의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 100%를 지급합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환
5. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
6. 성병
7. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

139. 암진단 및 치료비(실속형/고급형) 특별약관

139-1. 암진단 및 치료비(실속형/고급형)(통합간편가입형) 특별약관
139-2. 암진단 및 치료비(실속형/고급형) 특별약관

139-1 및 139-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 나뉩니다.

보 장
1) 암진단 및 치료비(실속형/고급형)_암진단비(유사암제외) 2) 암진단 및 치료비(실속형/고급형)_비급여(전액본인부담포함) 암특정치료비(1회및2회)

② 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 암진단 및 치료비(실속형/고급형)_암진단비(유사암제외) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암(유사암제외)」,「암」,「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)의 「암(유사암제외)」으로 진단이 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
암진단 및 치료비(실속형/고급형)_암진단비(유사암제외)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액

2. 암진단 및 치료비(실속형/고급형)_비급여(전액본인부담포함) 암특정치료비(1회및2회) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암(유사암제외)」,「암」,「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고 그 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여(전액본인부담포함) 암특정치료」를 받은 경우로써 「연간 비급여(전액본인부담포함) 암특정치료 횟수」에 따라 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	연간 비급여 (전액본인부담포함) 암특정치료 횟수	지 급 금 액			
		실속형 (보험가입금액 2,000만원		고급형 (보험가입금액 3,000만원	
		계약일로부터 1년미만 발생시	계약일로부터 1년이후 발생시	계약일로부터 1년미만 발생시	계약일로부터 1년이후 발생시
암진단 및 치료비(실속형/고급형)_비급여(전액본인부담포함) 암특정치료비(1회및2회)	1회	500만원	1,000만원	1,000만원	2,000만원
	2회(1회 지급금액에 추가 지급)	1,000만원	2,000만원	1,500만원	3,000만원

제2조(「암(유사암제외)」,「암」,「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신

생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제1항 제1호의 「암」에서 제1항 제2호의 「갑상선암」 및 제1항 제3호의 「기타피부암」을 제외한 암을 말합니다.

③ 「암(유사암제외)」, 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암(유사암제외)」, 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조(「비급여(전액본인부담포함) 암특정치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「비급여(전액본인부담포함) 암특정치료」라 함은 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. 「비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료」: 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료」를 받은 경우
2. 「비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료」: 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료」를 받은 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관에서 비급여라 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 제1항 제1호의「비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료」는 표적항암약물허가치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

용어의 정의

· 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

⑤ 제1항 제2호의「비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료」는 항암양성자방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

제4조(「연간 비급여(전액본인부담포함) 암특정치료 횟수」의 정의)

① 이 특별약관에서 「연간 비급여(전액본인부담포함) 암특정치료 횟수」라 함은 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 받은 「비급여(전액본인부담포함) 암특정치료」의 특정치료항목별 연간 치료횟수를 아래의 특정치료항목별 산정기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.

특정치료항목	산정기준
비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한
비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한

②「연간 비급여(전액본인부담포함) 암특정치료 횟수」는 계약해당일을 기준으로 매년 재산정됩니다.

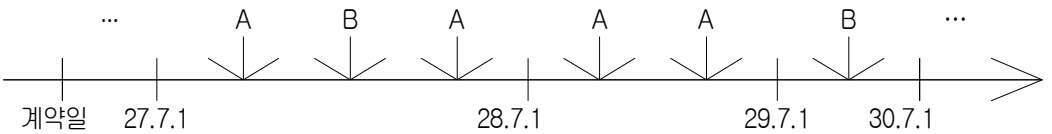
[연간 비급여(전액본인부담포함) 암 특정치료 횟수 예시]

예시1)
연간 비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료 1회,
연간 비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료 1회 시행한 경우
→ 연간 비급여(전액본인부담포함) 암 특정치료 횟수 : 2회(1회+1회)

예시2)
연간 비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료 2회,
연간 비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료 0회 시행한 경우
→ 연간 비급여(전액본인부담포함) 암 특정치료 횟수 : 1회(1회+0회)

[비급여(전액본인부담포함) 암특정치료비 지급예시(실속형 기준)]
- 특별약관의 계약일 : 2026년 7월 1일
- 암 진단일 : 2027년 7월 1일

A : 비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료
B : 비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료



2027.7.1. ~ 2028.6.30. : 연간 A 2회, B 1회 → 연간 비급여(전액본인부담포함) 암 특정치료 횟수 : 2회
A : 1,000만원 지급(연간 비급여(전액본인부담포함) 암특정치료 횟수 1회)
B : 2,000만원 지급(연간 비급여(전액본인부담포함) 암특정치료 횟수 2회)

2028.7.1. ~ 2029.6.30. : 연간 A 2회 → 연간 비급여(전액본인부담포함) 암 특정치료 횟수 : 1회
A : 1,000만원 지급(연간 비급여(전액본인부담포함) 암 특정치료 횟수 1회)

제5조(「항암방사선치료」 및 「항암양성자방사선 치료」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 「항암방사선치료」라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암양성자방사선 치료」라 함은 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 등 진료과목 전문의 자격증을 가진자가 제1항에서 정한 「항암방사선치료」 중 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 양성자를 이용하여 치료하는 것을 말합니다.

항암양성자방사선치료

항암양성자방사선치료는 항암방사선치료의 일종으로 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 환자를 치료하는 암 치료법을 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서는 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성을 가지고 있으며 이를 치료에 이용하고 있습니다. 항암양성자방사선치료의 장점은 암 표적 부위에 도달하기 전까지 일반 정상 조직에는 거의 방사선을 조사하지 않으며 종양에 도달하면 모든 에너지를 방출하고 바로 소멸되어서 종양 뒤의 정상조직에는 전혀 영향을 주지 않기 때문에 종양을 둘러싼 건강한 정상 조직의 손상 위험을 최소화합니다.

③ 전자기파를 이용한 「X선치료」, 「감마선치료」, 「중입자치료」 등은 제2항의 「항암양성자방사선 치료」에 해당하지 않습니다.

제6조(「항암약물치료」, 「표적항암제」 및 「표적항암약물허가치료」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것를 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

② 이 특별약관에 있어서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제1항에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)의 의료기관에서 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제3항에서 정한 「표적항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 「표적항암제」란 식품의약품안전처 예규 「의약품등 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.

용어의 정의

· 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

④ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

「안전성과 유효성 인정 범위」확인 방법

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건 강보험심사평가원이 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)

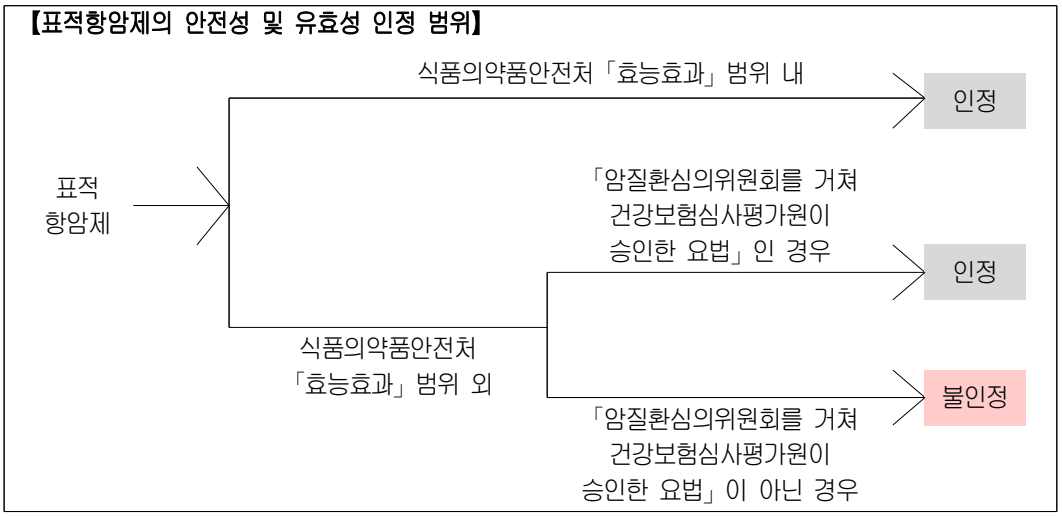
⑤ 식품의약품안전처 예규 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제3항에서 정한 「표적항암제」이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)

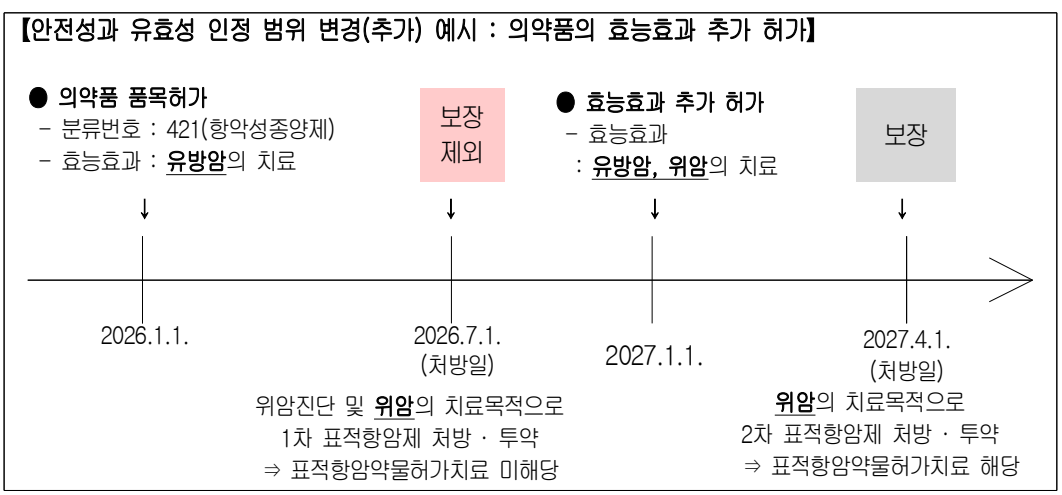
① 제1조(보험금의 지급사유) 암진단 및 치료비(실속형/고급형)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
(단, 갑상선암, 기타피부암에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다)

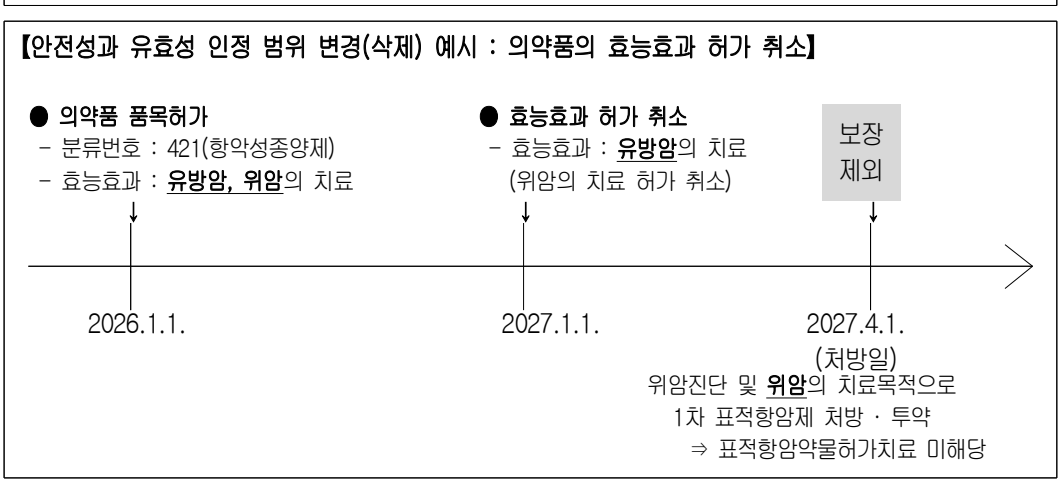
< 암진단 및 치료비(실속형/고급형)의 보장개시일 >
(단, 기타피부암 및 갑상선암은 제외)

② 제3조(「비급여(전액본인부담포함) 암특정치료」의 정의)의 「비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료」는 표적항암제를 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.



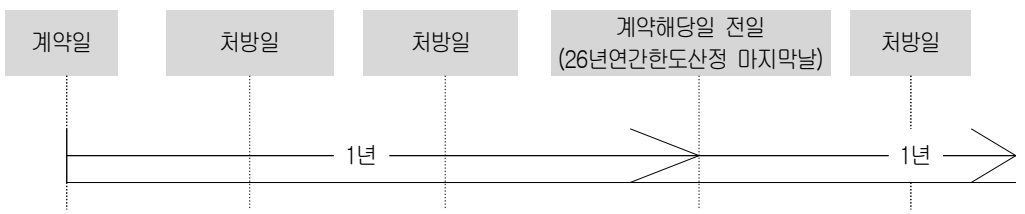
③ 제3조(「비급여(전액본인부담포함) 암특정치료」의 정의)의 「비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료」라 함은 표적항암제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제6조(「항암약물치료」, 「표적항암제」 및 「표적항암약물허가치료」의 정의) 제4항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.





④ 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

【 연간1회한 보상예시 】



⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제2조(「암(유사암제외)」,「암」,「기타피부암」및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정) 제2항의 「암(유사암제외)」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제10조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 방사선 치료기록지, 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 제1항에도 불구하고 다음의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.

1. 「비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료」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

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제12조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 암진단 및 치료비(실속형/고급형)_암진단비(유사암제외)에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 해당 세부보장에 대한 보장이 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 세부보장의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

140-1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅴ(치료별)(통합간편가입형) 특별약관

140-1-1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅴ(치료별)(통합간편가입형) 특별약관

140-1-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅴ(치료별) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「순환계질환(특정질병제외)」등의 정의 및 진단확정)에서 정한「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅳ」의 정의)에서 정한「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅳ」(관혈수술(혈전제거제외), 비관혈수술(혈전제거제외), 혈전제거치료, 뇌혈관질환 혈전용해치료, 심혈관및기타질환 혈전용해치료, 중환자실치료)를 받은 경우에는 각 세부보장별 지급횟수에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅴ(치료별)	계약일로부터 90일미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 10%
	계약일로부터 90일이상 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시 갱신일로부터	이 세부보장 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장 및 지급횟수는 아래와 같습니다.

세부보장	지급횟수
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅴ_ 관혈수술비(혈전제거제외)(수술당) 보장	수술1회당
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅴ_ 비관혈수술비(혈전제거제외)(수술당) 보장	수술1회당
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅴ_혈전제거치료비(연간1회한) 보장	연간1회한
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅴ_ 뇌혈관질환 혈전용해치료비(연간1회한) 보장	연간1회한
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅴ_ 심혈관및기타질환 혈전용해치료비(연간1회한) 보장	연간1회한
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅴ_ 중환자실치료비(종합병원)(연간1회한) 보장	연간1회한

제2조(「순환계질환(특정질병제외)」 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「순환계질환(특정질병제외)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 분류표」(【별표84】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「순환계질환(특정질병제외) 중 뇌혈관질환」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 중 뇌혈관질환 분류표」(【별표103】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「순환계질환(특정질병제외) 중 심혈관및기타질환」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 중 심혈관및기타질환 분류표」(【별표104】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「특정질병」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「특정순환계질환Ⅱ 분류표」(【별표85】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 「순환계질환(특정질병제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 혈액검사(혈액 중 심장효소검사 등), 뇌척수액 검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「순환계질환(특정질병제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나

에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이「순환계질환(특정질병제외)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅳ」의 정의)

이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅳ」라 함은「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「관혈수술(혈전제거제외)」을 받은 경우
2.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「비관혈수술(혈전제거제외)」을 받은 경우
3.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전제거치료」를 받은 경우
4.「순환계질환(특정질병제외) 중 뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우
5.「순환계질환(특정질병제외) 중 심혈관및기타질환」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우
6.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「중환자실치료」를 받은 경우

제4조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 이 특별약관에서 「관혈수술」이라 함은 병변부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술을 하는 것을 말하며, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 관혈수술에 준하여 보상합니다.

④ 이 특별약관에서 「비관혈수술」이라 함은 「내시경수술」,「카테터수술」,「신의료수술」을 말합니다.

1.「내시경수술」이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 직접영상(조영제 등을 통한 간접영상은 제외)을 통하여 보면서 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 다만, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 제외합니다.
2.「카테터수술」이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 '도관을 이용한 약물주입'과 '중심정맥관 삽입술'은 제외합니다.
3.「신의료수술」이라 함은 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 5대 기관별 특정질환의 직접치료를 목적으로 하는 '치료적 방사선 조사'를 포함합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 '도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입'과 '중심정맥관 삽입술'은 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑥ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
8. 혈관 조영술, 중심정맥관 삽입술

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「혈전제거치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전제거치료」라 함은 의사가 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.
②「혈전제거술」이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제6조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사가「순환계질환(특정질병제외) 중 뇌혈관질환」또는「순환계질환(특정질병제외) 중 심혈관및기타질환」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
② 제1항의「혈전용해제」라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.
③ 제2항의「혈전용해제」를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은「혈전용해치료」에서 제외됩니다.

제7조(「중환자실치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「중환자실치료」라 함은 의사에 의하여「순환계질환(특정질병제외)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에「순환계질환(특정질병제외)」으로 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.
② 제1항의 중환자실이라 함은「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.
③ 제1항의「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

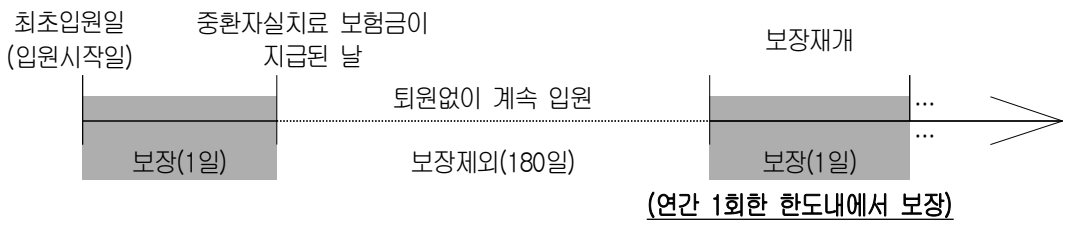
제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 피보험자가 관혈수술과 비관혈수술을 동시에 받은 경우에는 관혈수술비만 지급합니다.
② 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실치료」는 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.
③ 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실치료」는 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「순환계질환(특정질병제외)」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단된 경우에는

이는 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

④ 피보험자가 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」에 대한 입원이라도 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시] 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



⑤ 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	-
2026.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2026.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2027.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑥ 피보험자가 종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑩ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제8조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「순환계질환(특정질병제외)」 등의 정의 및 진단확정)에서 정한「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 순환계질환

(특정질병제외) 주요치료Ⅳ를 받기 위해 치료일자 예약 후 제8조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다. 단, 순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅳ 중 중환자실치료는 「선지급 보험금」 지급대상에서 제외합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

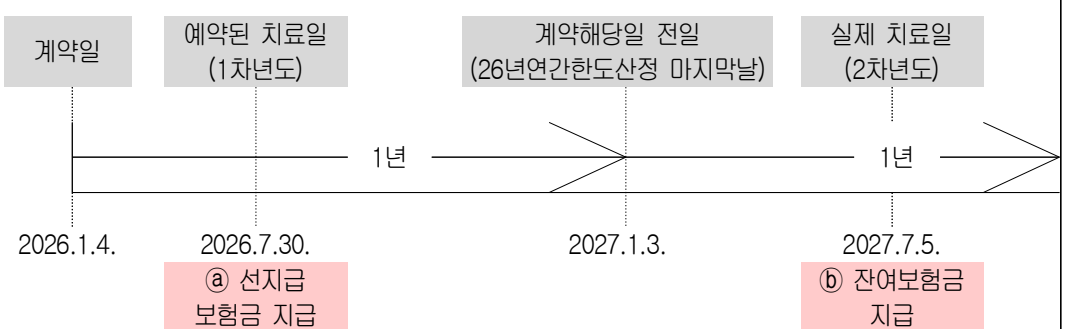
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시(지급횟수가 연간1회한 보장) 】



ⓐ 선지급 보험금 : 연간1회한 보장의 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입

ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지

급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제8조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

140-2. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅴ(치료별) 특별약관

140-2-1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅴ(치료별) 특별약관

140-2-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅴ(치료별) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「순환계질환(특정질병제외)」등의 정의 및 진단확정)에서 정한「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단확정되고 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅳ」의 정의)에서 정한「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅳ」(관혈수술(혈전제거제외), 비관혈수술(혈전제거제외), 혈전제거치료, 뇌혈관질환 혈전용해치료, 심혈관및기타질환 혈전용해치료, 중환자실치료)를 받은 경우에는 각 세부보장별 지급횟수에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅴ(치료별)	계약일로부터 90일미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 10%
	계약일로부터 90일이상 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시 갱신일로부터	이 세부보장 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장 및 지급횟수는 아래와 같습니다.

세부보장	지급횟수
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅴ_ 관혈수술비(혈전제거제외)(수술당) 보장	수술1회당
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅴ_ 비관혈수술비(혈전제거제외)(수술당) 보장	수술1회당
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅴ_혈전제거치료비(연간1회한) 보장	연간1회한
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅴ_ 뇌혈관질환 혈전용해치료비(연간1회한) 보장	연간1회한
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅴ_ 심혈관및기타질환 혈전용해치료비(연간1회한) 보장	연간1회한
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅴ_ 중환자실치료비(종합병원)(연간1회한) 보장	연간1회한

제2조(「순환계질환(특정질병제외)」 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「순환계질환(특정질병제외)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 분류표」(【별표84】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「순환계질환(특정질병제외) 중 뇌혈관질환」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 중 뇌혈관질환 분류표」(【별표103】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「순환계질환(특정질병제외) 중 심혈관및기타질환」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 중 심혈관및기타질환 분류표」(【별표104】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「특정질병」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「특정순환계질환Ⅱ 분류표」(【별표85】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 「순환계질환(특정질병제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 혈액검사(혈액 중 심장효소검사 등), 뇌척수액 검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「순환계질환(특정질병제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나

에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이「순환계질환(특정질병제외)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅳ」의 정의)

이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅳ」라 함은「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「관혈수술(혈전제거제외)」을 받은 경우
2.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「비관혈수술(혈전제거제외)」을 받은 경우
3.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전제거치료」를 받은 경우
4.「순환계질환(특정질병제외) 중 뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우
5.「순환계질환(특정질병제외) 중 심혈관및기타질환」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우
6.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「중환자실치료」를 받은 경우

제4조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 이 특별약관에서 「관혈수술」이라 함은 병변부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술을 하는 것을 말하며, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 관혈수술에 준하여 보상합니다.

④ 이 특별약관에서 「비관혈수술」이라 함은 「내시경수술」,「카테터수술」,「신의료수술」을 말합니다.

1.「내시경수술」이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 직접영상(조영제 등을 통한 간접영상은 제외)을 통하여 보면서 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 다만, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 제외합니다.
2.「카테터수술」이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 '도관을 이용한 약물주입'과 '중심정맥관 삽입술'은 제외합니다.
3.「신의료수술」이라 함은 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 5대 기관별 특정질환의 직접치료를 목적으로 하는 '치료적 방사선 조사'를 포함합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 '도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입'과 '중심정맥관 삽입술'은 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑥ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
8. 혈관 조영술, 중심정맥관 삽입술

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「혈전제거치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전제거치료」라 함은 의사가 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.
② 「혈전제거술」이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제6조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사가「순환계질환(특정질병제외) 중 뇌혈관질환」또는「순환계질환(특정질병제외) 중 심혈관및기타질환」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
② 제1항의「혈전용해제」라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.
③ 제2항의「혈전용해제」를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은「혈전용해치료」에서 제외됩니다.

제7조(「중환자실치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「중환자실치료」라 함은 의사에 의하여「순환계질환(특정질병제외)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에「순환계질환(특정질병제외)」으로 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.
② 제1항의 중환자실이라 함은「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.
③ 제1항의「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

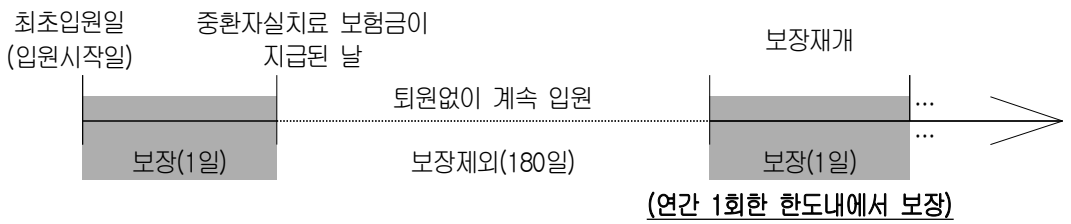
제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 피보험자가 관혈수술과 비관혈수술을 동시에 받은 경우에는 관혈수술비만 지급합니다.
② 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실치료」는 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.
③ 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실치료」는 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「순환계질환(특정질병제외)」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단된 경우에는

이는 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

④ 피보험자가 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」에 대한 입원이라도 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시] 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



⑤ 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	-
2026.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2026.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2027.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑥ 피보험자가 종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑩ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제8조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단 확정되고 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 순환계질환(특정질병제외) 주요

치료Ⅳ를 받기 위해 치료일자 예약 후 제8조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다. 단, 순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅳ 중 중환자실치료는 「선지급 보험금」지급대상에서 제외합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

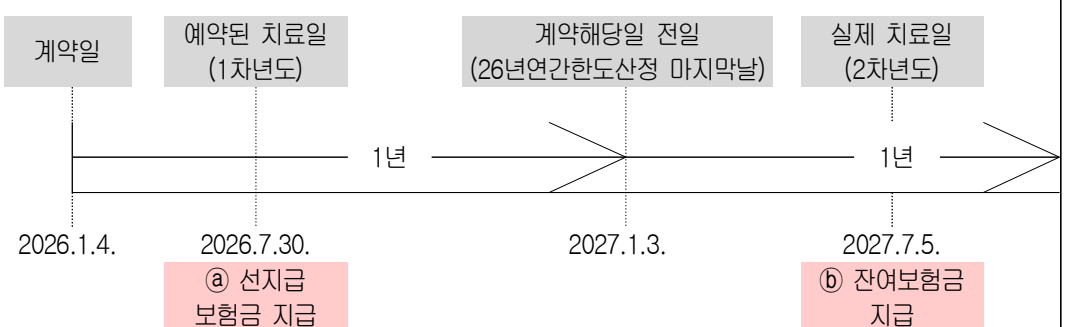
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시(지급횟수가 연간1회한 보장) 】



ⓐ 선지급 보험금 : 연간1회한 보장의 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입

ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지

급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제8조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

141-1. 간병인사용 질병입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상)(통합간편가입형) 특별약관

141-1-1. 간병인사용 질병입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상)(통합간편가입형) 특별약관

141-1-2. 간병인사용 질병입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관

141-1-1은 비갱신형으로 운영하며,
141-1-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 질병입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 입원하여 치료를 받으며제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이

용한 「연간 간병인 사용금액 총액」이 200만원 이상인 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급합니다.

<비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우>

1) 최초입원한 날이 보험기간 시작일로부터 1년미만인 입원대상

연간 간병인 사용금액 총액	지 급 금 액
200만원이상 300만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
300만원이상 500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 7.5%
500만원이상 700만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 12.5%
700만원이상 1,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 17.5%
1,000만원이상 1,500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%
1,500만원이상 2,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 37.5%
2,000만원이상	이 특별약관 보험가입금액의 50%

2) 최초입원한 날이 보험기간 시작일로부터 1년이상인 입원대상

연간 간병인 사용금액 총액	지 급 금 액
200만원이상 300만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
300만원이상 500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 15%
500만원이상 700만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%
700만원이상 1,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 35%
1,000만원이상 1,500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
1,500만원이상 2,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 75%
2,000만원이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

<갱신형(갱신계약)의 경우>

연간 간병인 사용금액 총액	지 급 금 액
200만원이상 300만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
300만원이상 500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 15%
500만원이상 700만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%
700만원이상 1,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 35%
1,000만원이상 1,500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
1,500만원이상 2,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 75%
2,000만원이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 간병인 사용금액은 1일당 25만원을 한도로 합니다.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 제3조(「요양병원」의 정의)에 해당하는 의료기관은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)를 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 「연간 간병인 사용금액 총액」을 적용합니다.

제3조(「요양병원」의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준「개인 간병 및 유사 서비스업」또는「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(「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 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험년도가 변경된 경우에도 해당 질병으로 최초입원한 날에 해당하는 「연간 간병인 사용금액 총액」에 합산하여 적용합니다.

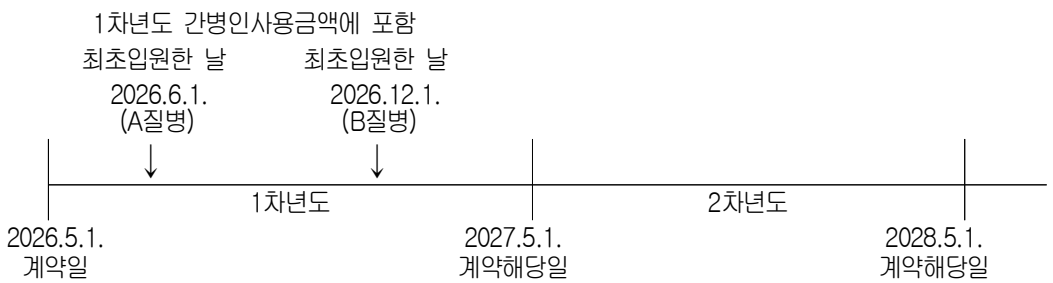
[연간 간병인 사용금액 총액 계산 예시 - 보험가입금액 200만원 가입시]

예시1)

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 5월 1일

A질병	- 입원기간 : 2026년 6월 1일 ~ 6월 30일(30일) - 간병인 사용기간 : 2026년 6월 11일 ~ 6월 17일(7일) - 간병인 사용금액 : 70만원 → 1일당 평균사용금액 10만원이므로 1일당 10만원 적용
B질병	- 입원기간 : 2026년 12월 1일 ~ 12월 30일(30일) - 간병인 사용기간 : 2026년 12월 4일 ~ 12월 13일(10일) - 간병인 사용금액 : 300만원 → 1일당 평균사용금액 30만원이므로 1일당 25만원 적용

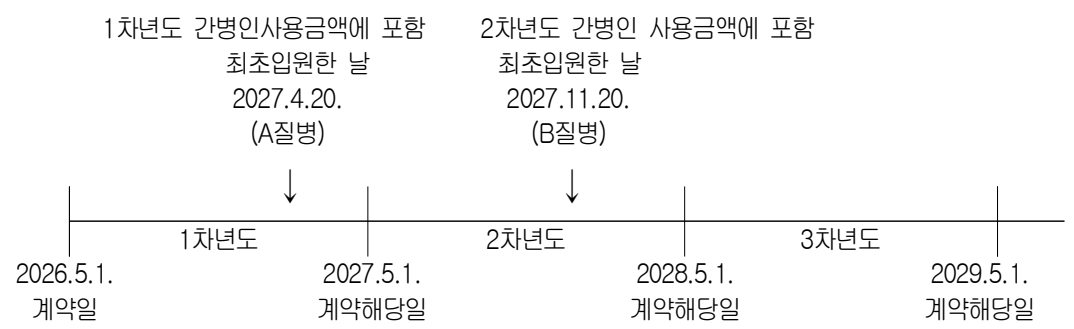
· (A질병) : 1일당 평균 10만원 사용으로 1일당 10만원 적용
(10만원 X 7일 = 70만원)
· (B질병) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 10일 = 250만원)
→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A질병) 70만원 + (B질병) 250만원 = 320만원
⇒ <u>보험가입금액의 7.5% 지급. 1차년도 지급금액 : 15만원</u>



예시2)
· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 5월 1일

A질병	- 입원기간 : 2027년 4월 20일 ~ 5월 19일(30일) - 간병인 사용기간 : 2027년 4월 25일 ~ 5월 14일(20일) - 간병인 사용금액 : 400만원 → 1일당 평균사용금액 20만원이므로 1일당 20만원 적용
B질병	- 입원기간 : 2027년 11월 20일 ~ 12월 19일(30일) - 간병인 사용기간 : 2027년 11월 25일 ~ 12월 14일(20일) - 간병인 사용금액 : 600만원 → 1일당 평균사용금액 30만원이므로 1일당 25만원 적용

입원기간 중 보험년도 변경시 최초입원한 날의 보험년도 간병인 사용금액 총액에 합산함.
· (A질병) : 1일당 평균 20만원 사용으로 1일당 20만원 적용
(20만원 X 20일 = 400만원)
→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A질병) 400만원
⇒ <u>보험가입금액의 7.5% 지급. 1차년도 지급금액 : 15만원</u>
· (B질병) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 20일 = 500만원)
→ 2차년도 간병인 사용금액 총액 : (B질병) 500만원
⇒ <u>보험가입금액의 25% 지급. 2차년도 지급금액 : 50만원</u>



예시3)

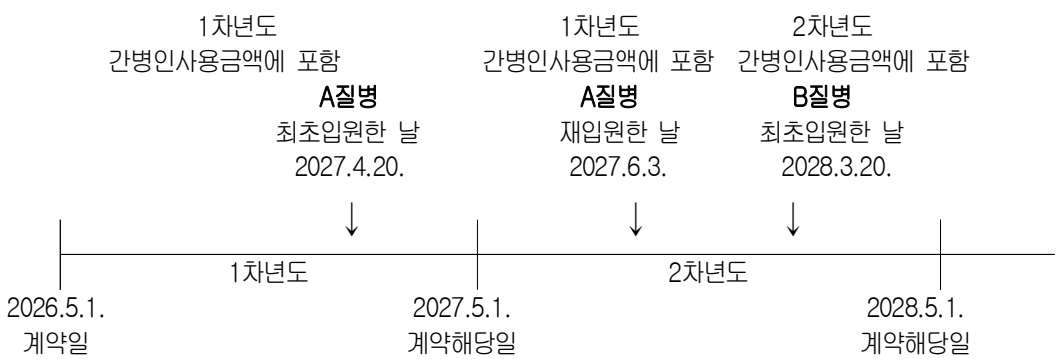
· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 5월 1일

A질병	- 입원기간 : 2027년 4월 20일 ~ 5월 2일, 2026년 6월 3일 ~ 6월 17일 - 간병인 사용기간 및 간병인 사용금액 : 총 640만원(20일) · 2027년 4월 21일 ~ 4월 28일(8일), 사용금액 400만원 · 2027년 6월 5일 ~ 6월 16일(12일), 사용금액 240만원 → 1일당 평균사용금액이 32만원이므로 1일당 25만원 적용
B질병	- 입원기간 : 2028년 3월 20일 ~ 4월 5일 - 간병인 사용기간 : 2028년 3월 22일 ~ 3월 31일(10일) - 간병인 사용금액 : 300만원 → 1일당 평균사용금액이 30만원이므로 1일당 25만원 적용

같은 질병으로 2회이상 입원시 최초입원한 날 보험년도의 간병인 사용금액 총액에 합산함.

· (A질병) : 1일당 평균사용금액이 32만원이므로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 20일 = 500만원)
→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A질병) 500만원
⇒ <u>보험가입금액의 12.5% 지급. 1차년도 지급금액 : 25만원</u>

· (B질병) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 10일 = 250만원)
→ 2차년도 간병인 사용금액 총액 : (B질병) 250만원
⇒ <u>보험가입금액의 10% 지급. 2차년도 지급금액 : 20만원</u>



제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

② 제5조(「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 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 해당 보험금 청구일 이후 「연간 간병인 사용금액 총액」이 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다. 한편, 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.

③ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 「연간 간병인 사용금액 총액」을 적용합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속하여 보장합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급

사유) 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 간병인사용 질병입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상)은 지급하지 않습니다.

제8조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

141-1-2. 간병인사용 질병입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제9조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 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.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

141-2. 간병인사용 질병입원지원비Ⅱ(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상) 특별약관

141-2-1. 간병인사용 질병입원지원비Ⅱ(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상) 특별약관
141-2-2. 간병인사용 질병입원지원비Ⅱ(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상)(갱신형_20년) 특별약관

141-2-1은 비갱신형으로 운영하며,
141-2-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 간병인사용 질병입원지원비Ⅱ(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 입원하여 치료를 받으며제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 「연간 간병인 사용금액 총액」이 200만원 이상인 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급합니다.

<비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우>
1) 최초입원한 날이 보험기간 시작일로부터 1년미만인 입원대상

연간 간병인 사용금액 총액	지 급 금 액
200만원이상 300만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%

300만원이상 500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 7.5%
500만원이상 700만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 12.5%
700만원이상 1,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 17.5%
1,000만원이상 1,500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%
1,500만원이상 2,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 37.5%
2,000만원이상	이 특별약관 보험가입금액의 50%

2) 최초입원한 날이 보험기간 시작일로부터 1년이상인 입원대상

연간 간병인 사용금액 총액	지 급 금 액
200만원이상 300만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
300만원이상 500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 15%
500만원이상 700만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%
700만원이상 1,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 35%
1,000만원이상 1,500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
1,500만원이상 2,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 75%
2,000만원이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

<갱신형(갱신계약)의 경우>

연간 간병인 사용금액 총액	지 급 금 액
200만원이상 300만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
300만원이상 500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 15%
500만원이상 700만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%
700만원이상 1,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 35%
1,000만원이상 1,500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
1,500만원이상 2,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 75%
2,000만원이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 간병인 사용금액은 1일당 25만원을 한도로 합니다.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 제3조(「요양병원」의 정의)에 해당하는 의료기관은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)를 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 「연간 간병인 사용금액 총액」을 적용합니다.

제3조(「요양병원」의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준「개인 간병 및 유사 서비스업」또는「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(「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 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험년도가 변경된 경우에도 해당 질병으로 최초입원한 날에 해당하는 「연간 간병인 사용금액 총액」에 합산하여 적용합니다.

[연간 간병인 사용금액 총액 계산 예시 - 보험가입금액 200만원 가입시]

예시1)

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 5월 1일

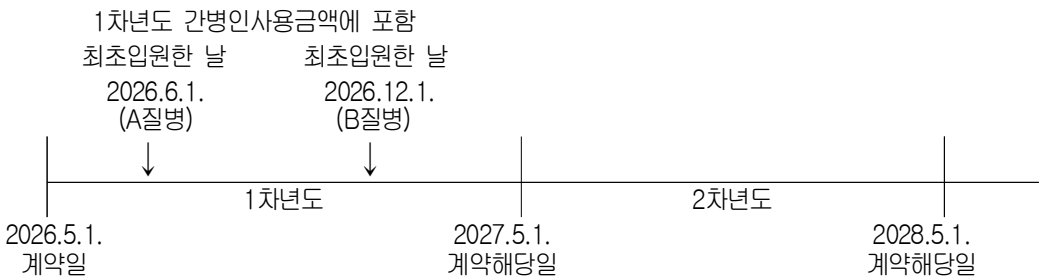
A질병	- 입원기간 : 2026년 6월 1일 ~ 6월 30일(30일) - 간병인 사용기간 : 2026년 6월 11일 ~ 6월 17일(7일) - 간병인 사용금액 : 70만원 → 1일당 평균사용금액 10만원이므로 1일당 10만원 적용
B질병	- 입원기간 : 2026년 12월 1일 ~ 12월 30일(30일) - 간병인 사용기간 : 2026년 12월 4일 ~ 12월 13일(10일) - 간병인 사용금액 : 300만원 → 1일당 평균사용금액 30만원이므로 1일당 25만원 적용

· (A질병) : 1일당 평균 10만원 사용으로 1일당 10만원 적용
(10만원 X 7일 = 70만원)

· (B질병) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 10일 = 250만원)

→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A질병) 70만원 + (B질병) 250만원 = 320만원

⇒ <u>보험가입금액의 7.5% 지급. 1차년도 지급금액 : 15만원</u>



예시2)

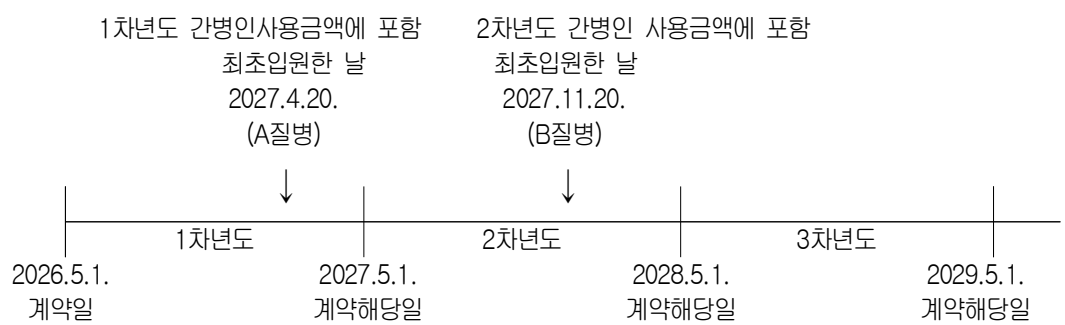
· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 5월 1일

A질병	- 입원기간 : 2027년 4월 20일 ~ 5월 19일(30일) - 간병인 사용기간 : 2027년 4월 25일 ~ 5월 14일(20일) - 간병인 사용금액 : 400만원 → 1일당 평균사용금액 20만원이므로 1일당 20만원 적용
B질병	- 입원기간 : 2027년 11월 20일 ~ 12월 19일(30일) - 간병인 사용기간 : 2027년 11월 25일 ~ 12월 14일(20일) - 간병인 사용금액 : 600만원 → 1일당 평균사용금액 30만원이므로 1일당 25만원 적용

입원기간 중 보험년도 변경시 최초입원한 날의 보험년도 간병인 사용금액 총액에 합산함.

· (A질병) : 1일당 평균 20만원 사용으로 1일당 20만원 적용
(20만원 X 20일 = 400만원)
→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A질병) 400만원
⇒ <u>보험가입금액의 7.5% 지급. 1차년도 지급금액 : 15만원</u>

· (B질병) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 20일 = 500만원)
→ 2차년도 간병인 사용금액 총액 : (B질병) 500만원
⇒ <u>보험가입금액의 25% 지급. 2차년도 지급금액 : 50만원</u>



예시3)

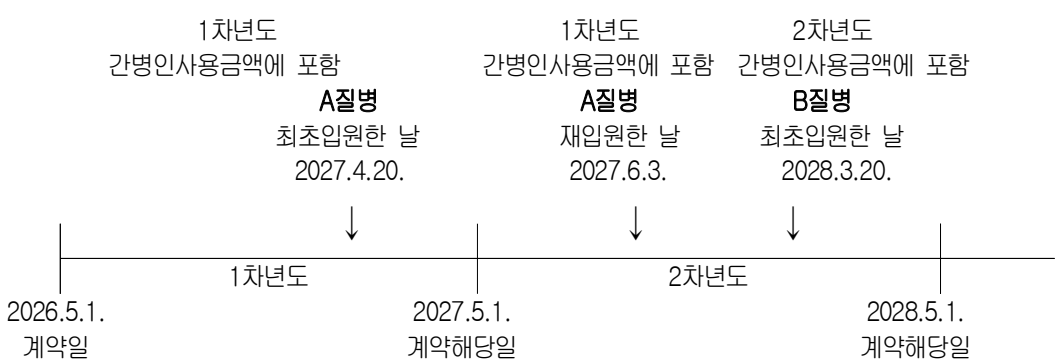
· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 5월 1일

A질병	- 입원기간 : 2027년 4월 20일 ~ 5월 2일, 2026년 6월 3일 ~ 6월 17일 - 간병인 사용기간 및 간병인 사용금액 : 총 640만원(20일) · 2027년 4월 21일 ~ 4월 28일(8일), 사용금액 400만원 · 2027년 6월 5일 ~ 6월 16일(12일), 사용금액 240만원 → 1일당 평균사용금액이 32만원이므로 1일당 25만원 적용
B질병	- 입원기간 : 2028년 3월 20일 ~ 4월 5일 - 간병인 사용기간 : 2028년 3월 22일 ~ 3월 31일(10일) - 간병인 사용금액 : 300만원 → 1일당 평균사용금액이 30만원이므로 1일당 25만원 적용

같은 질병으로 2회이상 입원시 최초입원한 날 보험년도의 간병인 사용금액 총액에 합산함.

· (A질병) : 1일당 평균사용금액이 32만원이므로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 20일 = 500만원)
→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A질병) 500만원
⇒ <u>보험가입금액의 12.5% 지급. 1차년도 지급금액 : 25만원</u>

· (B질병) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 10일 = 250만원)
→ 2차년도 간병인 사용금액 총액 : (B질병) 250만원
⇒ <u>보험가입금액의 10% 지급. 2차년도 지급금액 : 20만원</u>



제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

② 제5조(「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 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 해당 보험금 청구일 이후 「연간 간병인 사용금액 총액」이 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다. 한편, 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.

③ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 「연간 간병인 사용금액 총액」을 적용합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속하여 보장합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급

사유) 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 간병인사용 질병입원지원비Ⅱ(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상)은 지급하지 않습니다.

제8조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

141-2-2. 간병인사용 질병입원지원비Ⅱ(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제9조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 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.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

142-1. 간병인사용 질병입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상)(통합간편가입형) 특별약관

142-1-1. 간병인사용 질병입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상)(통합간편가입형) 특별약관
142-1-2. 간병인사용 질병입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관

142-1-1은 비갱신형으로 운영하며,
142-1-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 간병인사용 질병입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 요양병원에 입원하여 치료를 받으며제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한「연간 간병인 사용금액 총액」이 200만원 이상인 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급합니다.

<비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우>
1) 최초입원한 날이 보험기간 시작일로부터 1년미만인 입원대상

연간 간병인 사용금액 총액	지 급 금 액
200만원이상 300만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
300만원이상 500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 7.5%

500만원이상 700만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 12.5%
700만원이상 1,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 17.5%
1,000만원이상 1,500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%
1,500만원이상 2,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 37.5%
2,000만원이상	이 특별약관 보험가입금액의 50%

2) 최초입원한 날이 보험기간 시작일로부터 1년이상인 입원대상

연간 간병인 사용금액 총액	지 급 금 액
200만원이상 300만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
300만원이상 500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 15%
500만원이상 700만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%
700만원이상 1,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 35%
1,000만원이상 1,500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
1,500만원이상 2,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 75%
2,000만원이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

<갱신형(갱신계약)의 경우>

연간 간병인 사용금액 총액	지 급 금 액
200만원이상 300만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
300만원이상 500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 15%
500만원이상 700만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%
700만원이상 1,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 35%
1,000만원이상 1,500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
1,500만원이상 2,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 75%
2,000만원이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 간병인 사용금액은 1일당 25만원을 한도로 합니다.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 「연간 간병인 사용금액 총액」을 적용합니다.

제3조(「요양병원」의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료

기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준「개인 간병 및 유사 서비스업」또는「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(「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 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험년도가 변경된 경우에도 해당 질병으로 최초입원한 날에 해당하는 「연간 간병인 사용금액 총액」에 합산하여 적용합니다.

[연간 간병인 사용금액 총액 계산 예시 - 보험가입금액 200만원 가입시]

예시1)

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 5월 1일

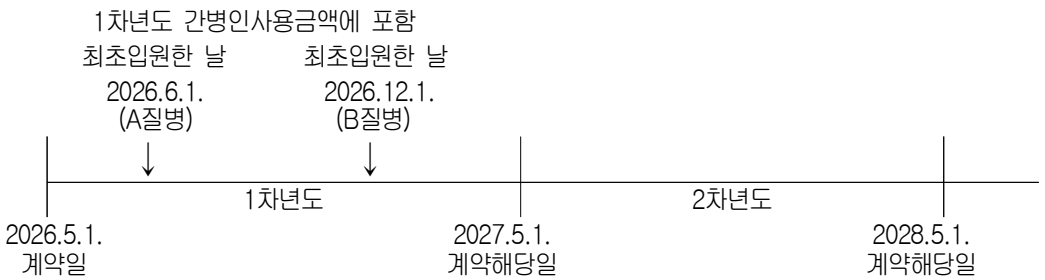
A질병	- 입원기간 : 2026년 6월 1일 ~ 6월 30일(30일) - 간병인 사용기간 : 2026년 6월 11일 ~ 6월 17일(7일) - 간병인 사용금액 : 70만원 → 1일당 평균사용금액 10만원이므로 1일당 10만원 적용
B질병	- 입원기간 : 2026년 12월 1일 ~ 12월 30일(30일) - 간병인 사용기간 : 2026년 12월 4일 ~ 12월 13일(10일) - 간병인 사용금액 : 300만원 → 1일당 평균사용금액 30만원이므로 1일당 25만원 적용

· (A질병) : 1일당 평균 10만원 사용으로 1일당 10만원 적용
(10만원 X 7일 = 70만원)

· (B질병) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 10일 = 250만원)

→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A질병) 70만원 + (B질병) 250만원 = 320만원

⇒ <u>보험가입금액의 7.5% 지급. 1차년도 지급금액 : 15만원</u>



예시2)

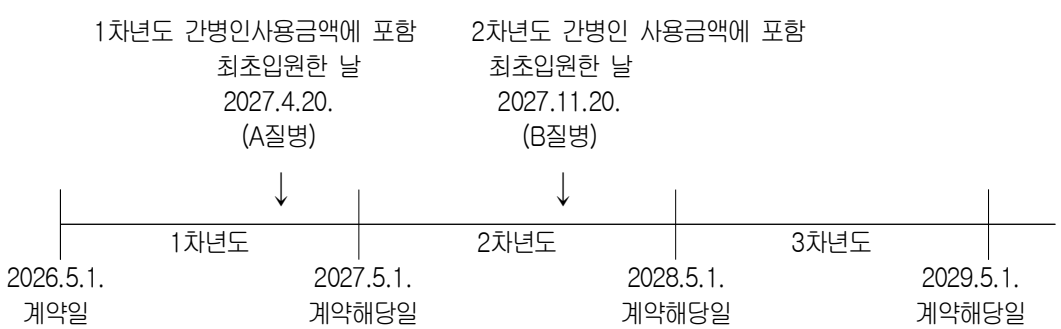
· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 5월 1일

A질병	- 입원기간 : 2027년 4월 20일 ~ 5월 19일(30일) - 간병인 사용기간 : 2027년 4월 25일 ~ 5월 14일(20일) - 간병인 사용금액 : 400만원 → 1일당 평균사용금액 20만원이므로 1일당 20만원 적용
B질병	- 입원기간 : 2027년 11월 20일 ~ 12월 19일(30일) - 간병인 사용기간 : 2027년 11월 25일 ~ 12월 14일(20일) - 간병인 사용금액 : 600만원 → 1일당 평균사용금액 30만원이므로 1일당 25만원 적용

입원기간 중 보험년도 변경시 최초입원한 날의 보험년도 간병인 사용금액 총액에 합산함.

· (A질병) : 1일당 평균 20만원 사용으로 1일당 20만원 적용
(20만원 X 20일 = 400만원)
→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A질병) 400만원
⇒ <u>보험가입금액의 7.5% 지급. 1차년도 지급금액 : 15만원</u>

· (B질병) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 20일 = 500만원)
→ 2차년도 간병인 사용금액 총액 : (B질병) 500만원
⇒ <u>보험가입금액의 25% 지급. 2차년도 지급금액 : 50만원</u>



예시3)

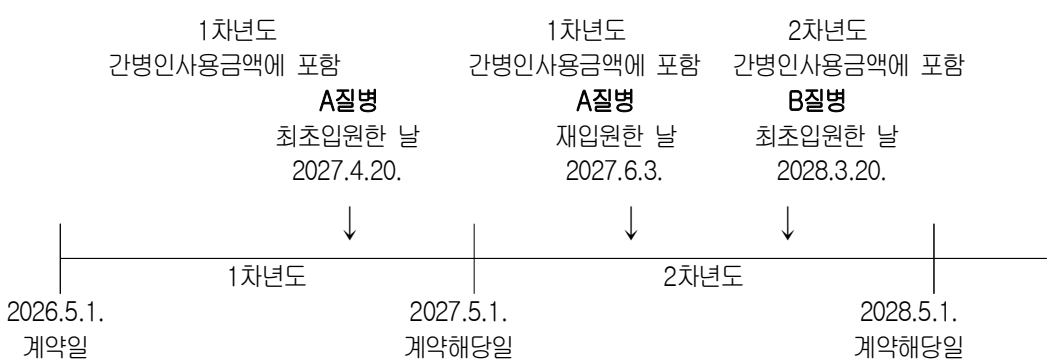
· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 5월 1일

A질병	- 입원기간 : 2027년 4월 20일 ~ 5월 2일, 2026년 6월 3일 ~ 6월 17일 - 간병인 사용기간 및 간병인 사용금액 : 총 640만원(20일) · 2027년 4월 21일 ~ 4월 28일(8일), 사용금액 400만원 · 2027년 6월 5일 ~ 6월 16일(12일), 사용금액 240만원 → 1일당 평균사용금액이 32만원이므로 1일당 25만원 적용
B질병	- 입원기간 : 2028년 3월 20일 ~ 4월 5일 - 간병인 사용기간 : 2028년 3월 22일 ~ 3월 31일(10일) - 간병인 사용금액 : 300만원 → 1일당 평균사용금액이 30만원이므로 1일당 25만원 적용

같은 질병으로 2회이상 입원시 최초입원한 날 보험년도의 간병인 사용금액 총액에 합산함.

· (A질병) : 1일당 평균사용금액이 32만원이므로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 20일 = 500만원)
→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A질병) 500만원
⇒ <u>보험가입금액의 12.5% 지급. 1차년도 지급금액 : 25만원</u>

· (B질병) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 10일 = 250만원)
→ 2차년도 간병인 사용금액 총액 : (B질병) 250만원
⇒ <u>보험가입금액의 10% 지급. 2차년도 지급금액 : 20만원</u>



제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

② 제5조(「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 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 해당 보험금 청구일 이후 「연간 간병인 사용금액 총액」이 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다. 한편, 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.

③ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 「연간 간병인 사용금액 총액」을 적용합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속하여 보장합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급

사유) 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 간병인사용 질병입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상)은 지급하지 않습니다.

제8조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

142-1-2. 간병인사용 질병입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제9조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

142-2. 간병인사용 질병입원지원비Ⅱ(요양병원)(간병인비용연간200만원이상) 특별약관

142-2-1. 간병인사용 질병입원지원비Ⅱ(요양병원)(간병인비용연간200만원이상) 특별약관
142-2-2. 간병인사용 질병입원지원비Ⅱ(요양병원)(간병인비용연간200만원이상)(갱신형_20년) 특별약관

142-2-1은 비갱신형으로 운영하며,
142-2-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 간병인사용 질병입원지원비Ⅱ(요양병원)(간병인비용연간200만원이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 요양병원에 입원하여 치료를 받으며제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한「연간 간병인 사용금액 총액」이 200만원 이상인 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급합니다.

<비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우>
1) 최초입원한 날이 보험기간 시작일로부터 1년미만인 입원대상

연간 간병인 사용금액 총액	지 급 금 액
200만원이상 300만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
300만원이상 500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 7.5%
500만원이상 700만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 12.5%

700만원이상 1,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 17.5%
1,000만원이상 1,500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%
1,500만원이상 2,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 37.5%
2,000만원이상	이 특별약관 보험가입금액의 50%

2) 최초입원한 날이 보험기간 시작일로부터 1년이상인 입원대상

연간 간병인 사용금액 총액	지 급 금 액
200만원이상 300만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
300만원이상 500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 15%
500만원이상 700만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%
700만원이상 1,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 35%
1,000만원이상 1,500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
1,500만원이상 2,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 75%
2,000만원이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

<갱신형(갱신계약)의 경우>

연간 간병인 사용금액 총액	지 급 금 액
200만원이상 300만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
300만원이상 500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 15%
500만원이상 700만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%
700만원이상 1,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 35%
1,000만원이상 1,500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
1,500만원이상 2,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 75%
2,000만원이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 간병인 사용금액은 1일당 25만원을 한도로 합니다.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 「연간 간병인 사용금액 총액」을 적용합니다.

제3조(「요양병원」의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를

제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준「개인 간병 및 유사 서비스업」또는「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(「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 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험년도가 변경된 경우에도 해당 질병으로 최초입원한 날에 해당하는 「연간 간병인 사용금액 총액」에 합산하여 적용합니다.

[연간 간병인 사용금액 총액 계산 예시 - 보험가입금액 200만원 가입시]

예시1)

· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 5월 1일

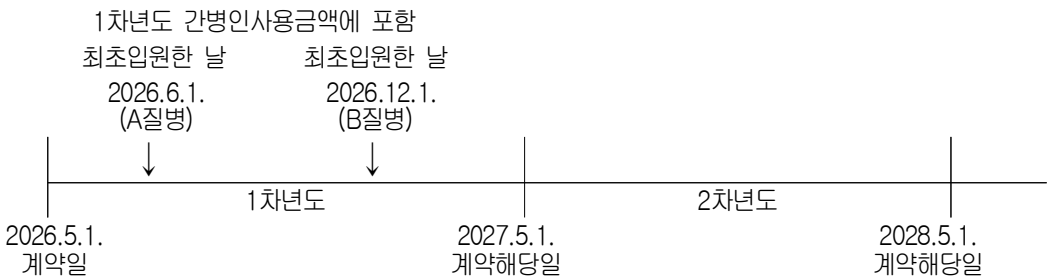
A질병	- 입원기간 : 2026년 6월 1일 ~ 6월 30일(30일) - 간병인 사용기간 : 2026년 6월 11일 ~ 6월 17일(7일) - 간병인 사용금액 : 70만원 → 1일당 평균사용금액 10만원이므로 1일당 10만원 적용
B질병	- 입원기간 : 2026년 12월 1일 ~ 12월 30일(30일) - 간병인 사용기간 : 2026년 12월 4일 ~ 12월 13일(10일) - 간병인 사용금액 : 300만원 → 1일당 평균사용금액 30만원이므로 1일당 25만원 적용

· (A질병) : 1일당 평균 10만원 사용으로 1일당 10만원 적용
(10만원 X 7일 = 70만원)

· (B질병) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 10일 = 250만원)

→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A질병) 70만원 + (B질병) 250만원 = 320만원

⇒ <u>보험가입금액의 7.5% 지급. 1차년도 지급금액 : 15만원</u>



예시2)

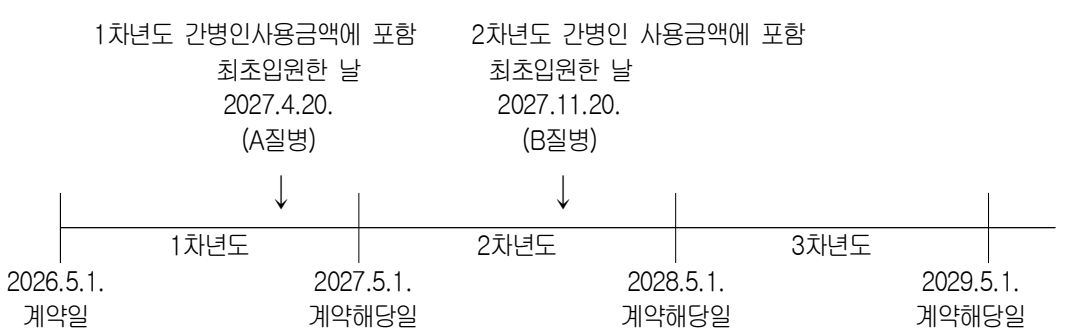
· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 5월 1일

A질병	- 입원기간 : 2027년 4월 20일 ~ 5월 19일(30일) - 간병인 사용기간 : 2027년 4월 25일 ~ 5월 14일(20일) - 간병인 사용금액 : 400만원 → 1일당 평균사용금액 20만원이므로 1일당 20만원 적용
B질병	- 입원기간 : 2027년 11월 20일 ~ 12월 19일(30일) - 간병인 사용기간 : 2027년 11월 25일 ~ 12월 14일(20일) - 간병인 사용금액 : 600만원 → 1일당 평균사용금액 30만원이므로 1일당 25만원 적용

입원기간 중 보험년도 변경시 최초입원한 날의 보험년도 간병인 사용금액 총액에 합산함.

· (A질병) : 1일당 평균 20만원 사용으로 1일당 20만원 적용
(20만원 X 20일 = 400만원)
→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A질병) 400만원
⇒ <u>보험가입금액의 7.5% 지급. 1차년도 지급금액 : 15만원</u>

· (B질병) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 20일 = 500만원)
→ 2차년도 간병인 사용금액 총액 : (B질병) 500만원
⇒ <u>보험가입금액의 25% 지급. 2차년도 지급금액 : 50만원</u>



예시3)

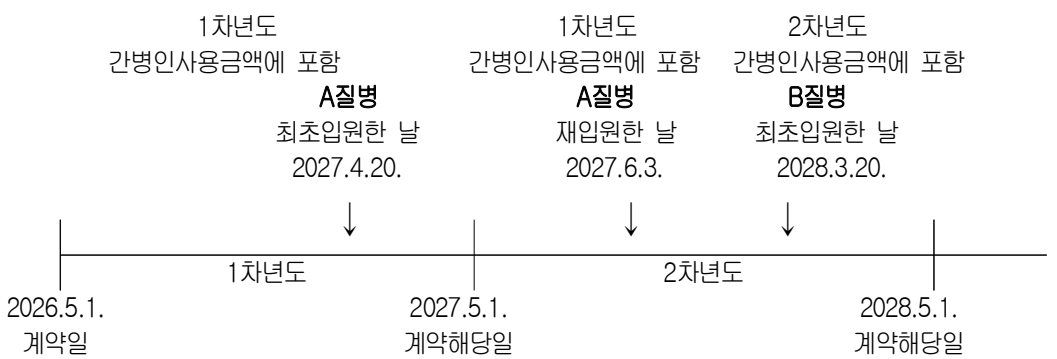
· 보험계약일(보장개시일) : 2026년 5월 1일

A질병	- 입원기간 : 2027년 4월 20일 ~ 5월 2일, 2026년 6월 3일 ~ 6월 17일 - 간병인 사용기간 및 간병인 사용금액 : 총 640만원(20일) · 2027년 4월 21일 ~ 4월 28일(8일), 사용금액 400만원 · 2027년 6월 5일 ~ 6월 16일(12일), 사용금액 240만원 → 1일당 평균사용금액이 32만원이므로 1일당 25만원 적용
B질병	- 입원기간 : 2028년 3월 20일 ~ 4월 5일 - 간병인 사용기간 : 2028년 3월 22일 ~ 3월 31일(10일) - 간병인 사용금액 : 300만원 → 1일당 평균사용금액이 30만원이므로 1일당 25만원 적용

같은 질병으로 2회이상 입원시 최초입원한 날 보험년도의 간병인 사용금액 총액에 합산함.

· (A질병) : 1일당 평균사용금액이 32만원이므로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 20일 = 500만원)
→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A질병) 500만원
⇒ <u>보험가입금액의 12.5% 지급. 1차년도 지급금액 : 25만원</u>

· (B질병) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 10일 = 250만원)
→ 2차년도 간병인 사용금액 총액 : (B질병) 250만원
⇒ <u>보험가입금액의 10% 지급. 2차년도 지급금액 : 20만원</u>



제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

② 제5조(「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 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 해당 보험금 청구일 이후 「연간 간병인 사용금액 총액」이 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다. 한편, 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.

③ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 「연간 간병인 사용금액 총액」을 적용합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속하여 보장합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급

사유) 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 간병인사용 질병입원지원비Ⅱ(요양병원)(간병인비용연간200만원이상)은 지급하지 않습니다.

제8조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

142-2-2. 간병인사용 질병입원지원비Ⅱ(요양병원)(간병인비용연간200만원이상)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제9조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 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.

제10조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

143-1. 종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)(통합간편가입형) 특별약관
143-1-1. 종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)(통합간편가입형) 특별약관

143-1-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 종합병원 2~3인실에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)	계약일로부터 1년미만 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(30일한도)
	계약일로부터 1년이후 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(30일한도)

제2조(「용어」의 정의)
① 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 「종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 「종합병원 2~3인실」을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
③ 이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

[의료법 제3조의3(종합병원)]

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100 병상 이상 300 병상 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. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

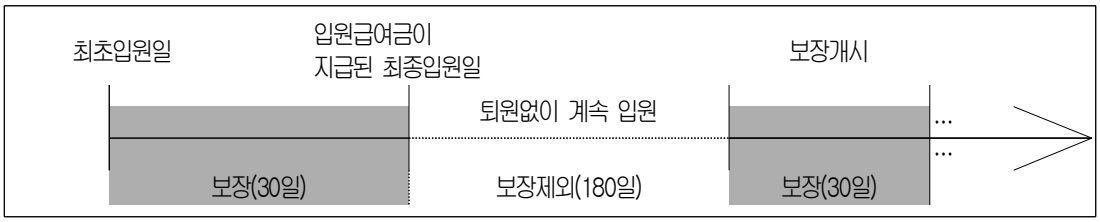
[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

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. 제77조 제1항에 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.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다. 이 경우 「종합병원 2~3인실」에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.
② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 「종합병원 2~3인실」에 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
③ 다음과 같이 종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

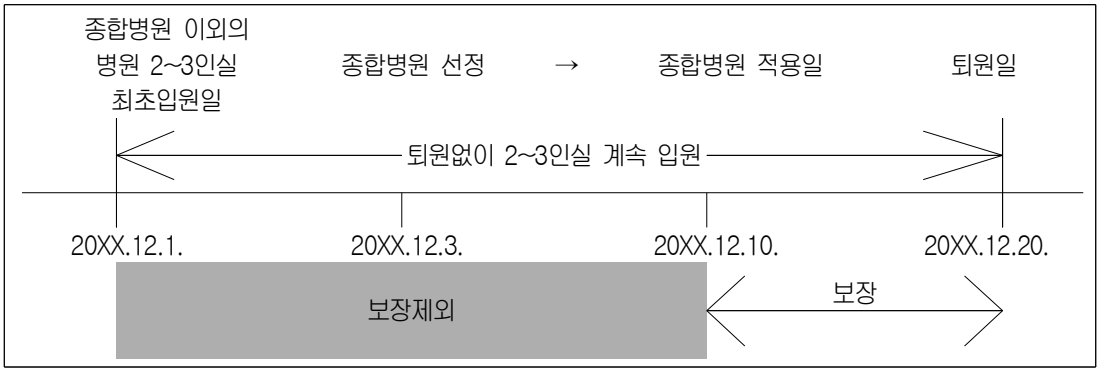


④ 피보험자가 보장개시일 이후 「종합병원 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)를 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.

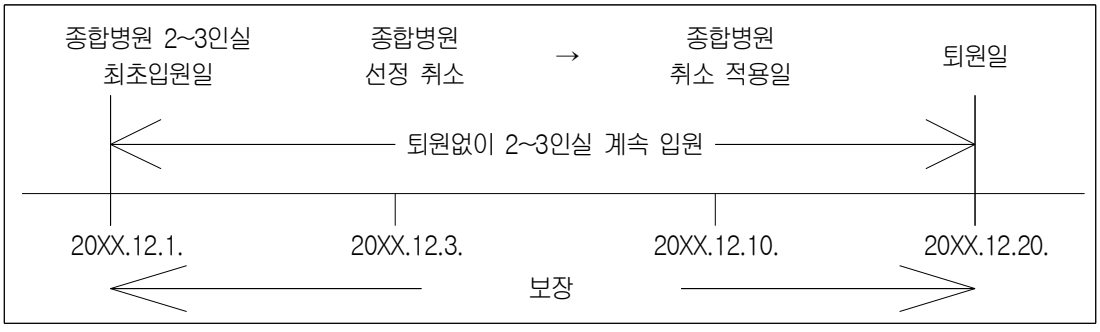
⑤ 피보험자가 「종합병원 2~3인실 이외의 병실」에 입원하여 치료받던 중 「종합병원 2~3인실」로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)를 지급합니다.

⑥ 피보험자가 「종합병원 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 「종합병원 2~3인실 이외의 병실」로 이전하여 입원한 경우 해당 「종합병원 2~3인실」 퇴원일까지 종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)를 지급합니다.

⑦ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원의 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)를 지급합니다.



⑧ 피보험자가 「종합병원 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하거나 최초로 2~3인실 이외의 병실로 변경하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)를 지급합니다.



⑨ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 최초 입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우, 1년미만의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 100%를 지급합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)

에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환
5. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
6. 성병
7. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

143-2. 종합병원 2~3인실 질병입원비Ⅱ(1일-30일) 특별약관

143-2-1. 종합병원 2~3인실 질병입원비Ⅱ(1일-30일) 특별약관

143-2-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 종합병원 2~3인실 질병입원비Ⅱ(1일-30일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 종합병원 2~3인실에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
종합병원 2~3인실 질병입원비Ⅱ(1일-30일)	계약일로부터 1년미만 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(30일한도)
	계약일로부터 1년이후 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(30일한도)

제2조(「용어」의 정의)

① 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3

(종합병원)에서 정한 「종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 「종합병원 2~3인실」을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

[의료법 제3조의3(종합병원)]

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100 병상 이상 300 병상 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. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

[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. 제77조 제1항에 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.

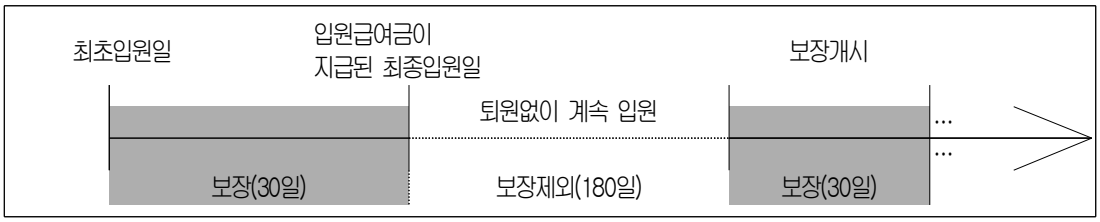
⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 종합병원 2~3인실 질병입원비Ⅱ(1일-30일)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다. 이 경우 「종합병원 2~3인실」에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 「종합병원 2~3인실」에 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 종합병원 2~3인실 질병입원비Ⅱ(1일-30일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 다음과 같이 종합병원 2~3인실 질병입원비Ⅱ(1일-30일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 종합병원 2~3인실 질병입원비Ⅱ(1일-30일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

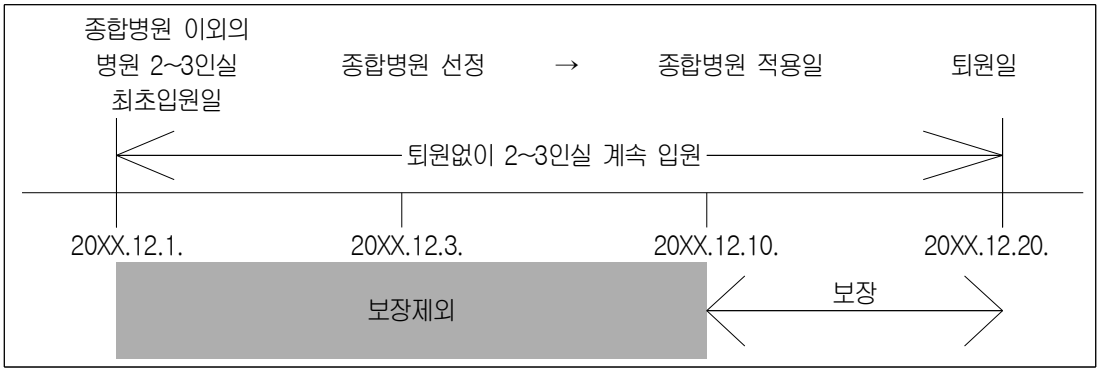


④ 피보험자가 보장개시일 이후 「종합병원 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 종합병원 2~3인실 질병입원비Ⅱ(1일-30일)를 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.

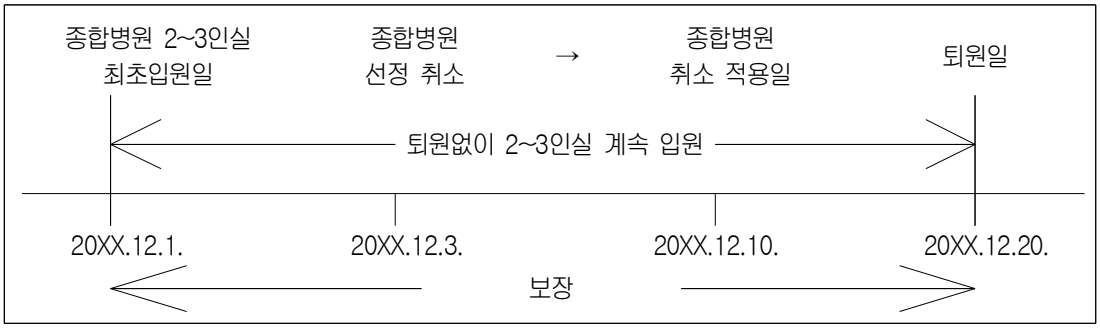
⑤ 피보험자가 「종합병원 2~3인실 이외의 병실」에 입원하여 치료받던 중 「종합병원 2~3인실」로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 종합병원 2~3인실 질병입원비Ⅱ(1일-30일)를 지급합니다.

⑥ 피보험자가 「종합병원 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 「종합병원 2~3인실 이외의 병실」로 이전하여 입원한 경우 해당 「종합병원 2~3인실」 퇴원일까지 종합병원 2~3인실 질병입원비Ⅱ(1일-30일)를 지급합니다.

⑦ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원의 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 종합병원 2~3인실 질병입원비Ⅱ(1일-30일)를 지급합니다.



⑧ 피보험자가 「종합병원 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하거나 최초로 2~3인실 이외의 병실로 변경하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 종합병원 2~3인실 질병입원비Ⅱ(1일-30일)를 지급합니다.



⑨ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 종합병원 2~3인실 질병입원비Ⅱ(1일-30일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 최초 입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우, 1년미만의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 100%를 지급합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)

에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환
5. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
6. 성병
7. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

144-1. 상급종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)(통합간편가입형) 특별약관

144-1-1. 상급종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)(통합간편가입형) 특별약관

144-1-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 상급종합병원 2~3인실에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
상급종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)	계약일로부터 1년미만 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(30일한도)
	계약일로부터 1년이후 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(30일한도)

제2조(「용어」의 정의)

① 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의4

(상급종합병원 지정)에서 정한 「상급종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 「상급종합병원 2~3인실」을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

[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. 제77조 제1항에 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.

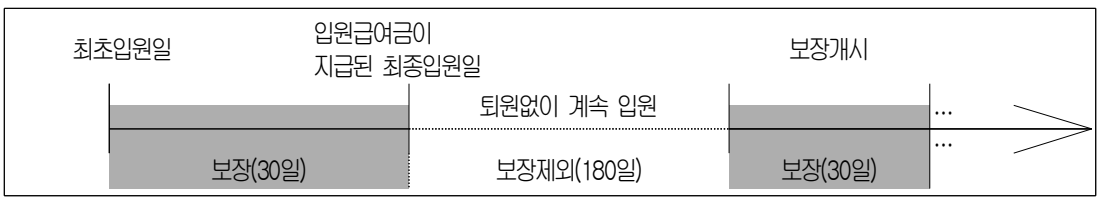
⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 상급종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다. 이 경우 「상급종합병원 2~3인실」에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 「상급종합병원 2~3인실」에 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 상급종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 다음과 같이 상급종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



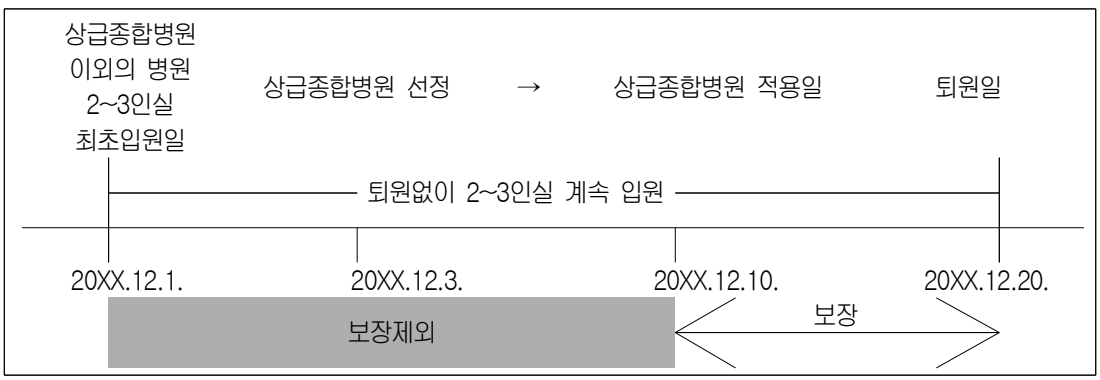
④ 피보험자가 보장개시일 이후 「상급종합병원 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 상급종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)를 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 「상급종합병원 2~3인실 이외의 병실」에 입원하여 치료받던 중 「상급종합병원 2~3인실」로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 상급종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)를 지급합니다.

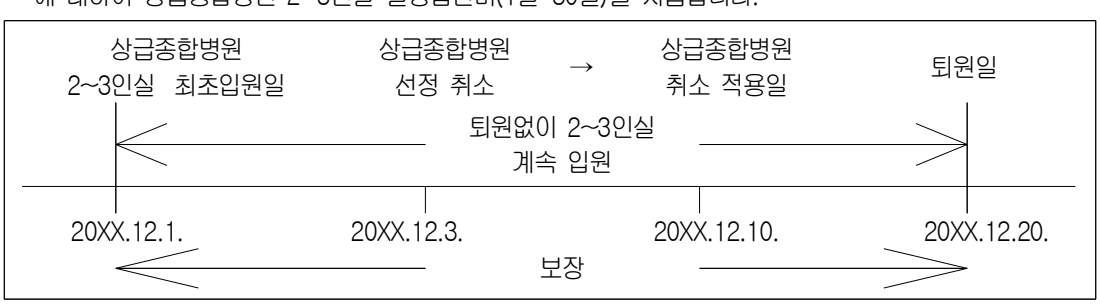
⑥ 피보험자가 「상급종합병원 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 「상급종합병원 2~3인실 이외의 병실」로 이전하여 입원한 경우 해당 「상급종합병원 2~3인실」 퇴원일까지 상급종합병원 2~3인실 질병입

원비(1일-30일)를 지급합니다.

⑦ 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원의 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 상급종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)를 지급합니다.



⑧ 피보험자가 「상급종합병원 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하거나 최초로 2~3인실 이외의 병실로 변경하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 상급종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)를 지급합니다.



⑨ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상급종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 최초 입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우, 1년미만의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 100%를 지급합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환
5. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
6. 성병

7. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

144-2. 상급종합병원 2~3인실 질병입원비Ⅱ (1일-30일) 특별약관

144-2-1. 상급종합병원 2~3인실 질병입원비Ⅱ(1일-30일) 특별약관

144-2-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원 2~3인실 질병입원비Ⅱ(1일-30일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 상급종합병원 2~3인실에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
상급종합병원 2~3인실 질병입원비Ⅱ(1일-30일)	계약일로부터 1년미만 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(30일한도)
	계약일로부터 1년이후 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(30일한도)

제2조(「용어」의 정의)

① 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 「상급종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 「상급종합병원 2~3인실」을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

[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. 제77조 제1항에 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.

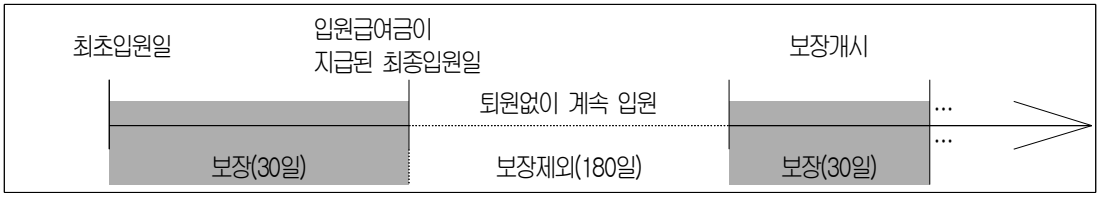
⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 상급종합병원 2~3인실 질병입원비Ⅱ(1일-30일)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다. 이 경우 「상급종합병원 2~3인실」에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 「상급종합병원 2~3인실」에 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 상급종합병원 2~3인실 질병입원비Ⅱ(1일-30일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 다음과 같이 상급종합병원 2~3인실 질병입원비Ⅱ(1일-30일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급종합병원 2~3인실 질병입원비Ⅱ(1일-30일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

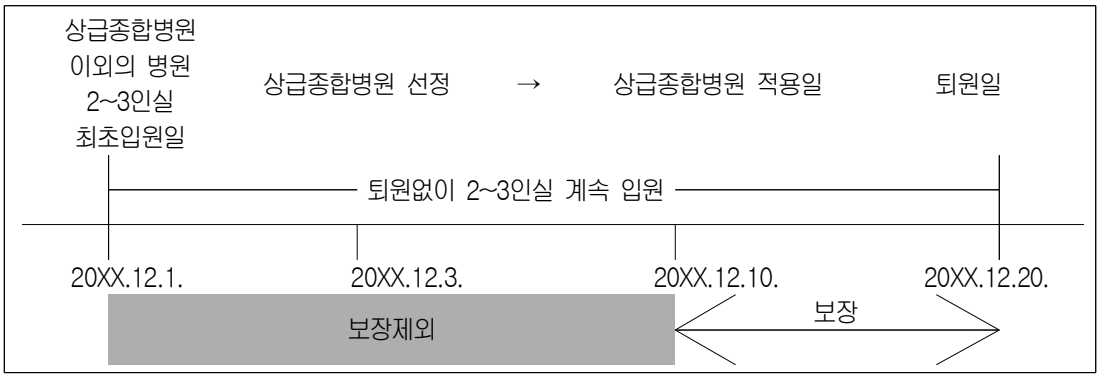


④ 피보험자가 보장개시일 이후 「상급종합병원 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 상급종합병원 2~3인실 질병입원비Ⅱ(1일-30일)를 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.

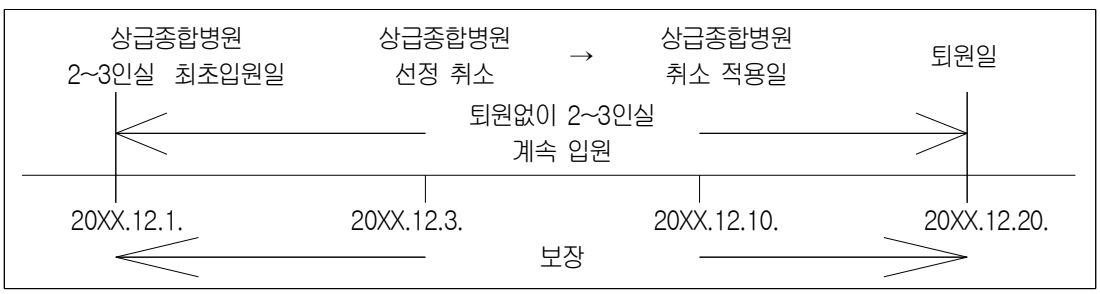
⑤ 피보험자가 「상급종합병원 2~3인실 이외의 병실」에 입원하여 치료받던 중 「상급종합병원 2~3인실」로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 상급종합병원 2~3인실 질병입원비Ⅱ(1일-30일)를 지급합니다.

⑥ 피보험자가 「상급종합병원 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 「상급종합병원 2~3인실 이외의 병실」로 이전하여 입원한 경우 해당 「상급종합병원 2~3인실」 퇴원일까지 상급종합병원 2~3인실 질병입원비Ⅱ(1일-30일)를 지급합니다.

⑦ 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원의 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 상급종합병원 2~3인실 질병입원비Ⅱ(1일-30일)를 지급합니다.



⑧ 피보험자가 「상급종합병원 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하거나 최초로 2~3인실 이외의 병실로 변경하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 상급종합병원 2~3인실 질병입원비Ⅱ(1일-30일)를 지급합니다.



⑨ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상급종합병원 2~3인실 질병입원비Ⅱ(1일-30일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 최초 입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우, 1년미만의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 100%를 지급합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환
5. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
6. 성병
7. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별

약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

145. 전신마취암수술비(6시간이상)(단독가입용) 특별약관

145-1. 전신마취암수술비(6시간이상)(단독가입용)(통합간편가입형) 특별약관
145-2. 전신마취암수술비(6시간이상)(단독가입용) 특별약관

145-1, 145-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 전신마취암수술비(6시간이상)(단독가입용) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)의 「암관련질병」으로 진단이 확정되고, 그 「암관련질병」의 직접적인 치료를 목적으로 전신마취를 하고 마취시간 6시간이상의 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
전신마취암수술비 (6시간이상)(단독가입용)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」(이하 「암관련질병」이라 합니다) 이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.
5. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「암관련질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암관련질병」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암관련질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑤ 제4항 제7호의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항 제7호의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항

암약물치료"라 합니다)를 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의「수술」에서도 제외합니다.

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제4조(「전신마취」의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「전신마취」라 함은 의사의 관리 하에 약물 등을 사용하여 전신을 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키기 위해 아래의 「전신마취 의료행위 분류표」(【별표79】참조)에서 정한 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「전신마취」는 「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.

③ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '전신마취 의료행위'에 준하여 보장 여부를 결정합니다.

④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 '전신마취 의료행위' 외에 '전신마취 의료행위'에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[마취관리기본 및 마취유지 수가코드에 의한 마취시간 계산 예시]

① L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 30회의 경우
: 60분 × 1회 + 15분 × 30회 = 510분
→ 마취시간 6시간 이상에 해당

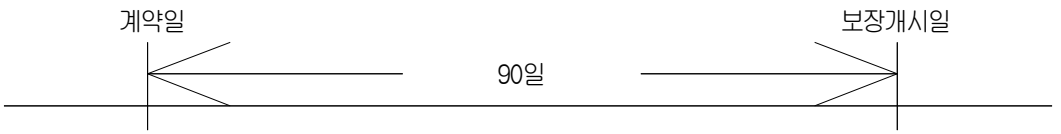
② L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 10회의 경우
: 60분 × 1회 + 15분 × 10회 = 210분
→ 마취시간 6시간 이상에 해당되지 않음

주1) 마취유지 : 1시간을 초과하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매 15분 증가할 때마다 산정

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 전신마취암수술비(6시간이상)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

< 전신마취암수술비(6시간이상)의 보장개시일 >



② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제3조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)을 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암관련질병」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제9조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(전신마취 종류와 마취시간, 수술내용을 확인할 수 있는 마취기록지 및 수술기록지 등), 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 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」

에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

146. 2대질병주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관

146-1. 2대질병주요치료비(연간1회한,진단후10년)(통합간편가입형) 특별약관
146-2. 2대질병주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관

146-1 및 146-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 2대질병주요치료비(연간1회한,진단후10년) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「2대질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심질환」으로 진단확정되고 「보험금 지급기간」이내에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심질환」의 직접적인 치료를 목적으로 제3조(「2대질병 주요치료」의 정의)에서 정한 「2대질병 주요치료」(2대질병수술, 2대질병 혈전용해치료, 2대질병 중환자실 치료)를 받은 경우에는 아래의 금액을 지급. 다만, 2대질병주요치료비(연간1회한,진단후10년)는 최초 진단확정일로부터 최대 10년간, 연간1회를 한도로 지급(최대 10회 지급)

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
2대질병주요치료비 (연간1회한,진단후10년)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「2대질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「2대질병」이라 함은 「뇌혈관질환」 및 「허혈성심질환」을 말합니다.

② 제1항의 「뇌혈관질환」이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표19】 참조)에 해당하는 1. 거미막하 출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 8. 기타 뇌혈관 질환, 9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 10. 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 제1항의 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「뇌혈관질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

④ 제1항의 「허혈성심질환」이라 함은 「허혈성심질환 분류표」(【별표18】 참조)에 해당하는 1. 협심증, 2. 급성심근경색증, 3. 후속심근경색증, 4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증, 5. 기타 급성 허혈심장질환,

6. 만성 허혈심장병으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 제1항의「허혈성심질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「허혈성심질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「허혈성심질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[양전자 방출 단층술(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제3조(「2대질병 주요치료」의 정의)

이 특별약관에서「2대질병 주요치료」라 함은「2대질병수술」,「2대질병 혈전용해치료」,「2대질병 중환자실 치료」를 말합니다.

1.「2대질병수술」이라 함은 「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우
2.「2대질병 혈전용해치료」이라 함은 「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우
3.「2대질병 중환자실 치료」이라 함은 「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원 중환자실 치료」를 받은 경우

제4조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원

또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에는 「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 다음 각 호에 해당하는 치료를 받은 경우를 포함됩니다.

1. 내시경(Fiverscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파전극 등에 의한 경피적 수술. 카테터를 이용하여 혈관에 코일 등 색전물질을 주입하여 혈류를 막거나, 뇌동맥내 혈관확장제를 직접 주입하는 경우는 포함되며, 이 외의 카테터를 이용하여 약물을 주입하는 경우는 포함되지 않습니다.
2. 치료적 방사선 조사를 받은 경우

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
8. 혈관 조영술, 중심정맥관 삽입술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사가 「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항의「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항의 「혈전용해제」를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은 「혈전용해치료」에서 제외됩니다.

제6조(「종합병원 중환자실 치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「종합병원 중환자실 치료」라 함은 의사에 의하여 「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「2대질병」으로 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담

합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서「연간」이라 함은「2대질병」의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서「보험금 지급기간」이라 함은「2대질병」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

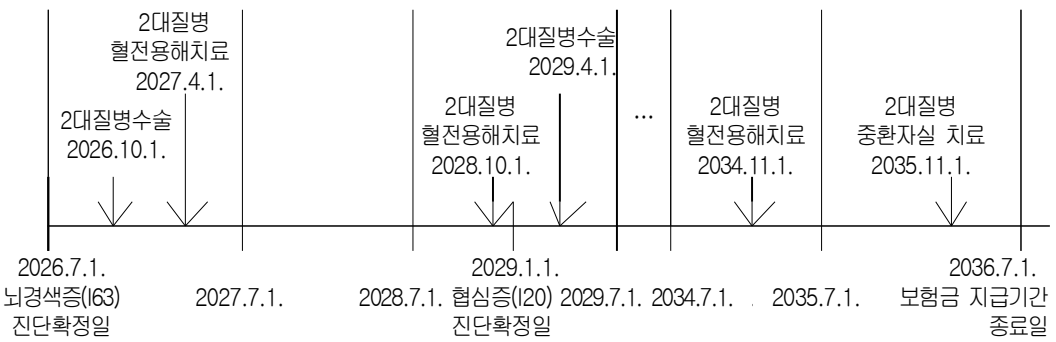
④ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에「2대질병」으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 2대질병주요치료비(연간1회한,진단후10년)를 보장합니다.

⑤ 회사는 피보험자가 2대질병 주요치료(2대질병 수술, 2대질병 혈전용해치료, 2대질병 중환자실 치료)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 2대질병주요치료비(연간1회한,진단후10년)만 지급합니다.

⑥ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 계약일로부터 1년미만 내 「뇌혈관질환」또는 「허혈성심질환」으로 최초 진단확정된 경우에는 「보험금 지급기간」 중 2대질병 주요치료를 받은 시점이 계약일로부터 1년 이후에 해당하더라도 각 차년도별 지급금액은 보험가입금액의 50%를 지급합니다.

[보험금 지급 예시1]

- 보험계약일로부터 1년미만 내 「뇌혈관질환」또는「허혈성심질환」으로 최초 진단확정된 경우
- 보험계약일 : 2026년 3월 1일, 30년만기
- 보험가입금액 1,000만원 기준
- 뇌경색증(I63) 최초진단 확정일 : 2026년 7월 1일
- 협심증(I20) 최초진단 확정일 : 2029년 1월 1일

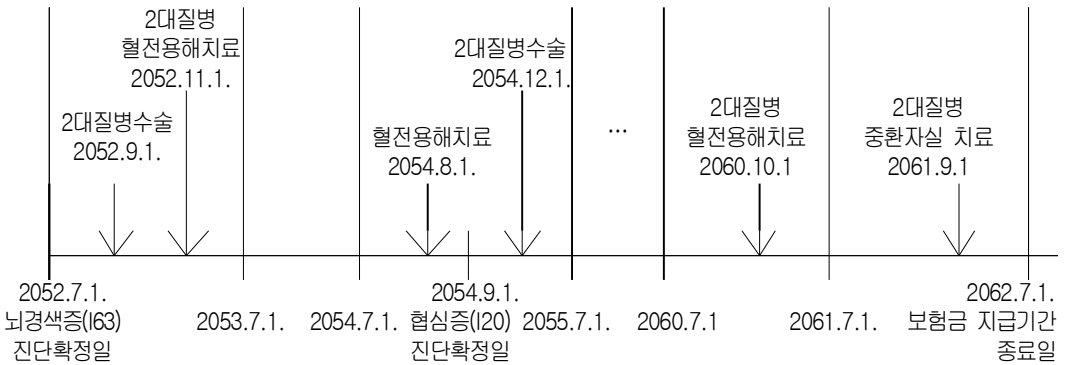


- 뇌혈관질환 최초진단 후 2대질병 주요치료시, 지급예시

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
2대질병수술(I63) 500만원 지급 (50% 지급)	-	2대질병 혈전용해치료(I63) 500만원 지급 (50% 지급)	…	2대질병 혈전용해치료(I20) 500만원 지급 (50% 지급)	2대질병 중환자실 치료(I20) 500만원 지급 (50% 지급)
2대질병 혈전용해치료(I63) 미지급 (연간1회한도 초과)	-	2대질병수술(I20) 미지급 (연간1회한도 초과)	…	-	

※ 뇌경색증(I63) 최초 진단확정일(2026년 7월 1일) 이후에 협심증(I20)을 최초 진단받더라도「보험금 지급기간」은 뇌경색증(I63) 최초 진단확정일(2026년 7월 1일)로부터 10년입니다.

[보험금 지급 예시2]
- 보험계약일 : 2026년 7월 1일, 30년만기
- 보험가입금액 1,000만원 기준
- 뇌경색증(I63) 최초진단 확정일 : 2052년 7월 1일
- 협심증(I20) 최초진단 확정일 : 2054년 9월 1일



- 뇌혈관질환 최초진단 후 2대질병 주요치료시, 지급예시

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
2대질병수술(I63) 1,000만원	-	2대질병 혈전용해치료(I63) 1,000만원 지급	…	2대질병 혈전용해치료(I20) 1,000만원 지급	2대질병 중환자실 치료(I20) 1,000만원 지급
2대질병 혈전용해치료(I63) 미지급 (연간1회한도 초과)	-	2대질병수술(I20) 미지급 (연간1회한도 초과)	…	-	-

※ 뇌경색증(I63) 최초 진단확정일(2052년 7월 1일) 이후에 협심증(I20)을 최초 진단받더라도「보험금 지급기간」은 뇌경색증(I63) 최초 진단확정일(2052년 7월 1일)로부터 10년입니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

① 이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 제26조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제2조(「2대질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한「2대질병」으로 최초 진단확정된 경우 차회 이후부터 이 특별약관의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제10조(특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의「2대질병」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제11조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라「2대질병」으로 최초 진단 확정 받고 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에서 정한 보험금 지급기간이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터

효력을 가지지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

147-1. 질병수술비(특정6대질병Ⅱ제외)(통합간편가입형) 특별약관

147-1-1. 질병수술비(특정6대질병Ⅱ제외)(통합간편가입형) 특별약관

147-1-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 질병수술비(특정6대질병Ⅱ제외) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병(특정6대질병Ⅱ제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
질병수술비(특정6대질병Ⅱ제외)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「특정6대질병Ⅱ」의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에서 「특정6대질병Ⅱ」이라 함은 「특정6대질병Ⅱ 분류표」(【별표81】참조)에 해당하는 1. 바이러스결막염, 2. 맥립종 및 콩다래끼, 3. 결막염, 4. 외이염, 5. 귀통증 및 귀의 삼출액, 6. 티눈 및 굳은살을 말합니다.

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우도 수술로 간주합니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함
2. 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

③ 제2항 제2호의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.

④ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)

2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나, 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 1회에 한하여 하나의 질병수술비(특정6대질병Ⅱ제외)만 지급하여 드립니다. 질병수술(특정6대질병Ⅱ제외)을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

용어의 정의
같은 질병이라 함은 동일한 원인으로 발생한 질병으로서, 치료 부위가 다르다고 할지라도 치료의 목적이 동일한 질병일 경우 같은 질병에 해당합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제3조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병수술비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)

4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
5. 비만(E66) 수술
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. 바이러스결막염, 맥립종 및 콩다래끼, 결막염, 외이염, 귀통증 및 귀의 삼출액, 티눈 및 굳은살 (「특정6대질병Ⅱ 분류표」【별표81】참조)

③ 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.
1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

147-2. 질병수술비(특정6대질병Ⅱ제외)Ⅱ 특별약관

147-2-1. 질병수술비(특정6대질병Ⅱ제외)Ⅱ 특별약관

147-1-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 질병수술비(특정6대질병Ⅱ제외)Ⅱ : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(특정6대질병Ⅱ제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
질병수술비(특정6대질병Ⅱ제외)Ⅱ	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「특정6대질병Ⅱ」의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에서 「특정6대질병Ⅱ」이라 함은 「특정6대질병Ⅱ 분류표」(【별표81】참조)에 해당하는 1. 바이러스결막염, 2. 맥립종 및 콩다래끼, 3. 결막염, 4. 외이염, 5. 귀통증 및 귀의 삼출액, 6. 티눈 및 굳은살을 말합니다.

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우도 수술로 간주합니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함
2. 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술
   다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

③ 제2항 제2호의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.

④ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나, 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 1회에 한하여 하나의 질병수술비(특정6대질병Ⅱ제외)만 지급하여 드립니다. 질병수술(특정6대질병Ⅱ제외)을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

용어의 정의
같은 질병이라 함은 동일한 원인으로 발생한 질병으로서, 치료 부위가 다르다고 할지라도 치료의 목적이 동일한 질병일 경우 같은 질병에 해당합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제3조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병수술비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
5. 비만(E66) 수술
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. 바이러스결막염, 맥립종 및 콩다래끼, 결막염, 외이염, 귀통증 및 귀의 삼출액, 티눈 및 굳은살 (「특정6

대질병Ⅱ 분류표」【별표81】참조)

③ 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

148-1. 2대질병주요치료비(치료별 연간1회한)(감액없음)(10년후10배보장)(통합간편가입형) 특별약관

148-1-1. 2대질병주요치료비(치료별 연간1회한)(감액없음)(10년후10배보장)(통합간편가입형) 특별약관

148-1-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 2대질병주요치료비(치료별 연간1회한)(감액없음)(10년후10배보장) : 이 특별약관의 보험기간 중에「뇌혈관질환」또는「허혈성심질환」의 직접적인 치료를 목적으로 제3조(「2대질병 주요치료」의 정의)에

서 정한「2대질병 주요치료」(2대질병수술, 2대질병 혈전용해치료, 2대질병 중환자실 치료)를 받은 경우에는 세부보장에 따른 치료구분별로 각각 연간1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분		경과기간	지급금액
2대질병수술비 (연간1회한) (감액없음) (10년후10배보장)	뇌혈관질환 수술	계약일로부터 10년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 100% (연간1회한)
		계약일로부터 10년이상 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 1000% (연간1회한)
	허혈성심질환 수술	계약일로부터 10년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 100% (연간1회한)
		계약일로부터 10년이상 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 1000% (연간1회한)
2대질병혈전용해 치료비 (연간1회한) (감액없음) (10년후10배보장)	뇌혈관질환 혈전용해치료	계약일로부터 10년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 100% (연간1회한)
		계약일로부터 10년이상 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 1000% (연간1회한)
	허혈성심질환 혈전용해치료	계약일로부터 10년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 100% (연간1회한)
		계약일로부터 10년이상 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 1000% (연간1회한)
2대질병중환자실 치료비(종합병원) (연간1회한) (감액없음) (10년후10배보장)	뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료	계약일로부터 10년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 100% (연간1회한)
		계약일로부터 10년이상 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 1000% (연간1회한)
	허혈성심질환 종합병원 중환자실치료	계약일로부터 10년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 100% (연간1회한)
		계약일로부터 10년이상 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 1000% (연간1회한)

제2조(「2대질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「2대질병」이라 함은「뇌혈관질환」및「허혈성심질환」을 말합니다.

② 제1항의「뇌혈관질환」이라 함은「뇌혈관질환 분류표」(【별표19】참조)에 해당하는 1. 거미막하 출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 8. 기타 뇌혈관 질환, 9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 10. 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 제1항의「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이「뇌혈관질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

④ 제1항의「허혈성심질환」이라 함은「허혈성심질환 분류표」(【별표18】참조)에 해당하는 1. 협심증, 2. 급성심근경색증, 3. 후속심근경색증, 4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증, 5. 기타 급성 허혈심장질환, 6. 만성 허혈심장병으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 제1항의「허혈성심질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「허혈성심질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「허혈성심질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[양전자 방출 단층술(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제3조(「2대질병 주요치료」의 정의)

이 특별약관에서「2대질병 주요치료」라 함은「2대질병수술」,「2대질병 혈전용해치료」,「2대질병 중환자실 치료」를 말합니다.

1.「2대질병수술」이라 함은 「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우

2.「2대질병 혈전용해치료」이라 함은 「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우

3.「2대질병 중환자실 치료」이라 함은 「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원 중환자실 치료」를 받은 경우

제4조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.
③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
④ 제1항의 수술에는 「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 다음 각 호에 해당하는 치료를 받은 경우를 포함됩니다.
1. 내시경(Fiverscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파전극 등에 의한 경피적 수술. 카테터를 이용하여 혈관에 코일 등 색전물질을 주입하여 혈류를 막거나, 뇌동맥내 혈관확장제를 직접 주입하는 경우는 포함되며, 이 외의 카테터를 이용하여 약물을 주입하는 경우는 포함되지 않습니다.
2. 치료적 방사선 조사를 받은 경우
⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
8. 혈관 조영술, 중심정맥관 삽입술

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사가 「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
② 제1항의「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.
③ 제2항의 「혈전용해제」를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은 「혈전용해치료」에서 제외됩니다.

제6조(「종합병원 중환자실 치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「종합병원 중환자실 치료」라 함은 의사에 의하여 「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「2대질병」으로 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.
② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「종합병원 중환자실 치료」는 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

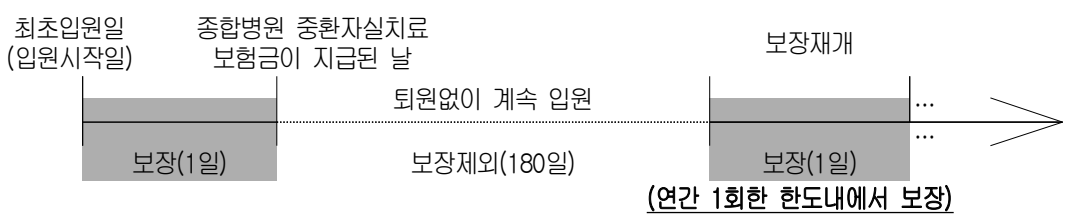
② 제1조(보험금의 지급사유)의 「뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료」는 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「뇌혈관질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌혈관질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌혈관질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「뇌혈관질환」으로 진단된 경우에는 이는 「뇌혈관질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)의 「허혈성심질환 종합병원 중환자실치료」는 「허혈성심질환」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「허혈성심질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「허혈성심질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「허혈성심질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「허혈성심질환」으로 진단된 경우에는 이는 「허혈성심질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

④ 피보험자가 동일한 「뇌혈관질환」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「뇌혈관질환」에 대한 입원이라도 뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

⑤ 피보험자가 동일한 「허혈성심질환」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「허혈성심질환」에 대한 입원이라도 허혈성심질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 허혈성심질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 허혈성심질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시] 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



⑥ 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

⑦ 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「허혈성심질환」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	-
2026.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2026.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2027.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑧ 피보험자가 종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 중환자실치료 보험금을 지급합니다.
⑨ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 중환자실치료 보험금을 지급합니다.
⑩ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 종합병원 중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑫ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제1조(보험금의 지급사유)의 「뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료」 또는 「허혈성심질환 종합병원 중환자실치료」보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 제1조(보험금의 지급사유)의 「뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료」 또는 「허혈성심질환 종합병원 중환자실치료」보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

148-2. 2대질병주요치료비(치료별 연간1회한)(감액없음)(10년후10배보장) 특별약관

148-2-1. 2대질병주요치료비(치료별 연간1회한)(감액없음)(10년후10배보장) 특별약관

148-2-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 2대질병주요치료비(치료별 연간1회한)(감액없음)(10년후10배보장) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「2대질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한「뇌혈관질환」또는「허혈성심질환」으로 진단확정되고「뇌혈관질환」또는「허혈성심질환」의 직접적인 치료를 목적으로 제3조(「2대질병 주요치료」의 정의)에서 정한「2대질병 주요치료」(2대질병수술, 2대질병 혈전용해치료, 2대질병 중환자실 치료)를 받은 경우에는 세부보장에 따른 치료구분별로 각각 연간1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분		경과기간	지급금액
2대질병수술비 (연간1회한) (감액없음) (10년후10배보장)	뇌혈관질환 수술	계약일로부터 10년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 100% (연간1회한)
		계약일로부터 10년이상 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 1000% (연간1회한)
	허혈성심질환 수술	계약일로부터 10년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 100% (연간1회한)
		계약일로부터 10년이상 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 1000% (연간1회한)
2대질병혈전용해 치료비 (연간1회한) (감액없음) (10년후10배보장)	뇌혈관질환 혈전용해치료	계약일로부터 10년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 100% (연간1회한)
		계약일로부터 10년이상 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 1000% (연간1회한)
	허혈성심질환 혈전용해치료	계약일로부터 10년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 100% (연간1회한)
		계약일로부터 10년이상 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 1000% (연간1회한)
2대질병중환자실 치료비(종합병원) (연간1회한) (감액없음) (10년후10배보장)	뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료	계약일로부터 10년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 100% (연간1회한)
		계약일로부터 10년이상 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 1000% (연간1회한)
	허혈성심질환 종합병원 중환자실치료	계약일로부터 10년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 100% (연간1회한)
		계약일로부터 10년이상 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 1000% (연간1회한)

제2조(「2대질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「2대질병」이라 함은「뇌혈관질환」및「허혈성심질환」을 말합니다.

② 제1항의「뇌혈관질환」이라 함은「뇌혈관질환 분류표」(【별표19】참조)에 해당하는 1. 거미막하 출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 6.

뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 8. 기타 뇌혈관 질환, 9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 10. 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 제1항의「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이「뇌혈관질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

④ 제1항의「허혈성심질환」이라 함은「허혈성심질환 분류표」(【별표18】참조)에 해당하는 1. 협심증, 2. 급성심근경색증, 3. 후속심근경색증, 4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증, 5. 기타 급성 허혈심장질환, 6. 만성 허혈심장병으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 제1항의「허혈성심질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「허혈성심질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「허혈성심질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[양전자 방출 단층술(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제3조(「2대질병 주요치료」의 정의)

이 특별약관에서「2대질병 주요치료」라 함은「2대질병수술」,「2대질병 혈전용해치료」,「2대질병 중환자실 치료」를 말합니다.

1.「2대질병수술」이라 함은 「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우
2.「2대질병 혈전용해치료」이라 함은 「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우
3.「2대질병 중환자실 치료」이라 함은 「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원 중환자실 치료」를 받은 경우

제4조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에는 「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 다음 각 호에 해당하는 치료를 받은 경우를 포함됩니다.

1. 내시경(Fiverscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파전극 등에 의한 경피적 수술. 카테터를 이용하여 혈관에 코일 등 색전물질을 주입하여 혈류를 막거나, 뇌동맥내 혈관확장제를 직접 주입하는 경우는 포함되며, 이 외의 카테터를 이용하여 약물을 주입하는 경우는 포함되지 않습니다.
2. 치료적 방사선 조사를 받은 경우

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
8. 혈관 조영술, 중심정맥관 삽입술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사가 「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항의「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.
③ 제2항의 「혈전용해제」를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은 「혈전용해치료」에서 제외됩니다.

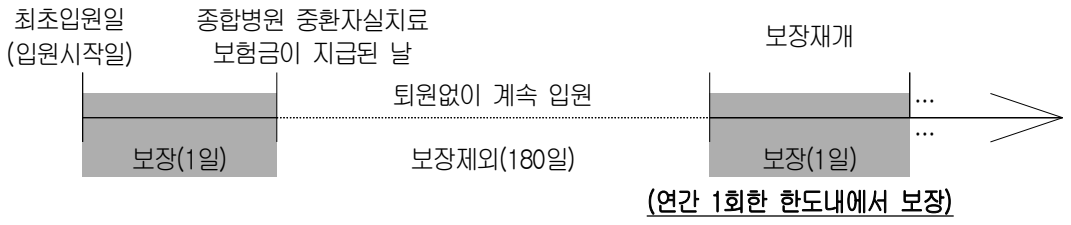
제6조(「종합병원 중환자실 치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「종합병원 중환자실 치료」라 함은 의사에 의하여 「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「2대질병」으로 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.
② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「종합병원 중환자실 치료」는 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.
② 제1조(보험금의 지급사유)의 「뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료」는 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「뇌혈관질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌혈관질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌혈관질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「뇌혈관질환」으로 진단된 경우에는 이는 「뇌혈관질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
③ 제1조(보험금의 지급사유)의 「허혈성심질환 종합병원 중환자실치료」는 「허혈성심질환」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「허혈성심질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「허혈성심질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「허혈성심질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「허혈성심질환」으로 진단된 경우에는 이는 「허혈성심질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
④ 피보험자가 동일한 「뇌혈관질환」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「뇌혈관질환」에 대한 입원이라도 뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.
⑤ 피보험자가 동일한 「허혈성심질환」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「허혈성심질환」에 대한 입원이라도 허혈성심질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 허혈성심질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 허혈성심질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시] 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



⑥ 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.
⑦ 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「허혈성심질환」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	-
2026.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2026.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2027.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑧ 피보험자가 종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 중환자실치료 보험금을 지급합니다.
⑨ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 중환자실치료 보험금을 지급합니다.
⑩ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 종합병원 중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑫ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제1조(보험금의 지급사유)의 「뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료」 또는 「허혈성심질환 종합병원 중환자실치료」보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 제1조(보험금의 지급사유)의 「뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료」 또는 「허혈성심질환 종합병원 중환자실치료」보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

149-1. 플래티넘 건강 리셋월렛(3대질병고액치료,간병및상급병실입원)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관

149-1-1. 플래티넘 건강 리셋월렛(3대질병고액치료,간병및상급병실입원)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관

149-1-1는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. **비급여(전액본인부담포함) 암수술비** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여 암수술」을 받은 경우 수술 1회당 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 암수술비	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	수술 1회당 500만원
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술 1회당 1,000만원
	갱신 계약	갱신일로부터	수술 1회당 1,000만원

2. **비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료비** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여 항암방사선치료」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료비	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	2,500만원(연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	5,000만원(연간 1회한)
	갱신 계약	갱신일로부터	5,000만원(연간 1회한)

3. **비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료비(1~3기암(병기구분불가암포함))** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제3조(「1~3기암(병기구

분불가암포함)」 및 「4기암」등의 정의 및 진단확정)에서 정한 「1~3기암(병기구분불가암포함)」으로 진단이 확정되고, 「1~3기암(병기구분불가암포함)」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여 항암약물치료」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료비 [1~3기암 (병기구분불가암포함)]	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	2,500만원(연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	5,000만원(연간 1회한)
	갱신 계약	갱신일로부터	5,000만원(연간 1회한)

4. **비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료비(4기암)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제3조(「1~3기암(병기구분불가암포함)」 및 「4기암」등의 정의 및 진단확정)에서 정한「4기암」으로 진단이 확정되고,「4기암」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여 항암약물치료」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료비 [4기암]	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	5,000만원(연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	1억원(연간 1회한)
	갱신 계약	갱신일로부터	1억원(연간 1회한)

5. **비급여(전액본인부담포함) 2대질병수술비** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(「2대질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심질환」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여 2대질병수술」을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 2대질병수술비	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	수술 1회당 500만원
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술 1회당 1,000만원
	갱신 계약	갱신일로부터	수술 1회당 1,000만원

6. **상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 상급종합병원 1인실(특실포함)에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)	입원 1일당 30만원(30일한도)

7. **상급종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 상급종합병원 2~3인실에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
상급종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)	입원 1일당 5만원(30일한도)

8. **간병인사용 질병입원비(종합병원)(1일-150일)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 종합병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제9조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.
다만, 간병인사용 질병입원비(종합병원)(1일-150일)의 지급일수는 1회 입원당 150일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 기 준	지 급 금 액
간병인사용 질병입원비(종합병원) (1일-150일)	간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	사용일 1일당7.5만원
	간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	사용일 1일당 15만원

※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.

※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

9. **간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-150일)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 요양병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제9조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.
다만, 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-150일)의 지급일수는 1회 입원당 150일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 금 액
간병인사용 질병입원비(요양병원) (1일-150일)	사용일 1일당 5만원(150일한도)

10. **간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-150일)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 병원(한방병원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제10조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.
다만, 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-150일)의 지급일수는 1회 입원당 150일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 금 액
간호·간병통합서비스사용 질병입원비 (1일-150일)	사용일 1일당 7만원(150일한도)

제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「1~3기암(병기구분불가암포함)」 및 「4기암」등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「4기」라 함은 아래 각 호 중 하나이상에 해당하는 경우를 말합니다.
1. AJCC(American Joint Committee on Cancer) 제8판 TNM 병기분류상 Stage4에 해당하는 경우
2. FIGO(International Federation of Gynecology and Obstetrics) 분류상 “Stage4”에 해당하는 경우
3. Astler-Coller 분류상 “stage D”에 해당하는 경우
4. Jewett분류상 “stage D”에 해당하는 경우
5. 원발불명암(최초 부위를 알 수 없는 암)이 진단된 경우
6. 한국표준질병사인분류에 있어서 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)으로 진단되면서 원발부위(최초 발생한 부위)가 확인되지 않는 경우
7. 「병기구분 불가암 분류표」(【별표78】 참조)에 해당하는 암으로 진단 확정된 후 원격전이를 동반하여 재발하거나 원격전이 병변이 확인되는 경우
8. 상기 기준이외의 의학계에서 일반적으로 인정되는 병기분류방법으로 객관적인 병리학적 혹은 임상학적 의료기록 등에 근거하여 “TNM 병기 4기”에 준하는 단계라고 진단받은 경우

② 이 특별약관에서 「4기암」이라 함은 「4기」에 해당되면서, “「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」”에 해당하는 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「1~3기암(병기구분불가암포함)」이라 함은 「4기암」에 해당하지 않으면서, “「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」”에 해당하는 경우를 말합니다.

[병기(암의 진행상태)]
병기란 암의 발견 당시의 진행 상태를 표현하는 말로 1기부터 4기로 분류되며, 암의 진행정도가 심해질수록 숫자가 올라갑니다.

[TNM병기]
임상적으로 각 장기에 발생하는 암을 T는 원발소(primary Tumor), N는 소속림프절(regional lymphNode), M는 원격전이(distant Metastasis)를 나타내는 머리문자를 가지고 표기하고 있습니다.

④ 제1항 내지 제2항에서 정한 「4기암」을 진단함에 있어서 임상학적 병기분류 및 조직학적 병기분류 등을 종합적으로 고려하여 「4기암」 여부를 판단합니다. 다만, 조직학적 병기분류가 불가능한 경우에는 임상학적 병기분류만으로 「4기암」 판단을 할 수 있습니다.
⑤ 제1항에서 AJCC(American Joint Committee on Cancer) 제8판 TNM 병기분류가 개정 등의 사유로 변경된 경우 변경된 TNM 병기분류에 따라 적용합니다.

제4조(「2대질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「2대질병」이라 함은「뇌혈관질환」및「허혈성심질환」을 말합니다.
② 제1항의「뇌혈관질환」이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표19】참조)에 해당하는 1. 거미막하 출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 8. 기타 뇌혈관 질환, 9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 10. 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
③ 제1항의 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.
④ 제1항의 「허혈성심질환」이라 함은 「허혈성심질환 분류표」(【별표18】참조)에 해당하는 허혈성심질환으로 분류되는 질병을 말합니다.
⑤ 제1항의 「허혈성심질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「허혈성심질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

용어설명
[전산화단층촬영(CT)]
Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]
Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]
뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[양전자 방출 단층술(PET)]
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제5조(「비급여 암수술」 등의 정의)

① 이 특별약관에서「비급여 암수술」이라 함은「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 제거하거나 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로「비급여(전액본인부담포함) 수술」을 받은 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서「비급여 항암방사선치료」라 함은「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 제거하거나「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로「비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료」를 받은 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관에서「비급여 항암약물치료」라 함은「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」을 제거하거나「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」의 직접적인 치료를 목적으로「비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료」를 받은 경우를 말합니다.

④ 이 특별약관에서「비급여 2대질병수술」이라 함은「2대질병」을 제거하거나「2대질병」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로「비급여(전액본인부담포함) 수술」을 받은 경우를 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 비급여라 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.

⑦ 제1항 및 제4항의「비급여(전액본인부담포함) 수술」은 제6조(「수술」의 정의와 장소)에서 정한 「수술」로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 대상 질병을 제거하거나 대상 질병의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제5항 및 제6항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑧ 제2항의「비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제5항 및 제6항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑨ 제3항의「비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제5항 및 제6항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

제6조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에

치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑤ 제1항 내지 제2항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제7조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것를 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

③ 제2항에서 정한「항암약물치료」는 「항암호르몬치료제」를 포함하지 않습니다.

④ 제3항의「항암호르몬치료제」라 함은 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.

용어의 정의

· 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제8조(「입원」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 아래 각 호에서 정한 기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 및 제7호 : 의료법 제3조의4(상급종합병원)에서 정한「상급종합병원」

2. 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 : 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한「종합병원」
3. 제1조(보험금의 지급사유) 제9호 : 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원
4. 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 : 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외)

② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 이 특별약관에서 「1인실」이라 함은 「특실」병실도 포함하며, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 병실만을 대상으로 합니다.

④ 이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

[의료법 제3조의3(종합병원)]

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100 병상 이상 300 병상 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. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 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.

제9조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제10조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)>

① 간호・간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호・간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호・간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호・간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호・간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④「공공보건의료에 관한 법률」 제2조 제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호・간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호・간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호・간병통합서비스 제공기관은 간호・간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호・간병통합서비스의 제공・확대, 간호・간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사・치과의사 또는 한의사가 간호・간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제11조(「보험가입금액」 등의 정의)

① 이 특별약관에서「이미 지급한 보험금 합계액」이라 함은, 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제10호에 따라 지급한 보험금의 합계액을 말합니다.

② 이 특별약관에서「보험가입금액」이라 함은 제1항에서 정한「이미 지급한 보험금 합계액」의 지급한도금액으로써 10억원으로 합니다.

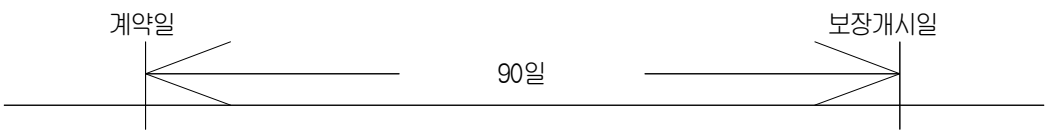
③ 이 특별약관에서「잔고」라 함은 제2항에서 정한 「보험가입금액」에서 제1항의 「이미 지급한 보험금 합계액」을 차감한 금액을 말합니다.

제12조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 최초계약의 경우
   가. 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
   나. 제1조(보험금의 지급사유) 제5호 내지 제10호 : 보험계약일
2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

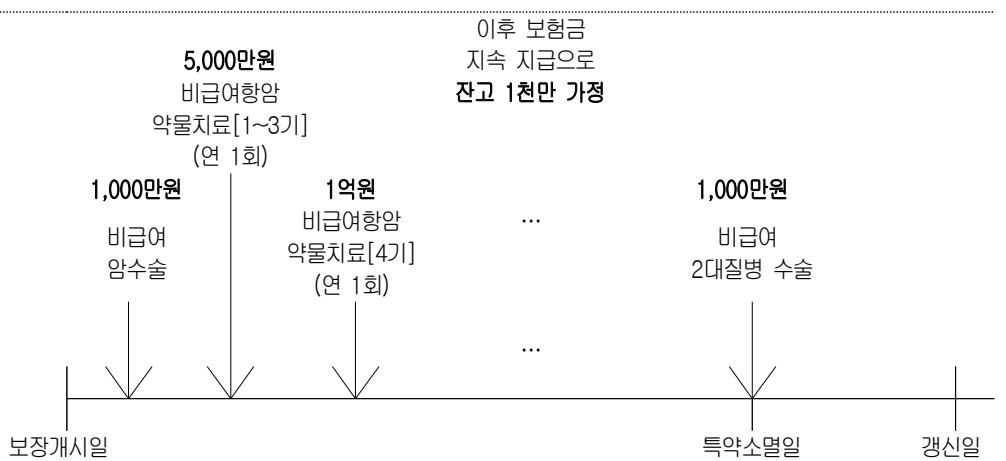
< 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호의 보장개시일 > (최초계약에 한함)



② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제10호의 경우,「이미 지급한 보험금 합계액」은「보험가입금액」을 초과할 수 없습니다.

[제2항 관련 예시]

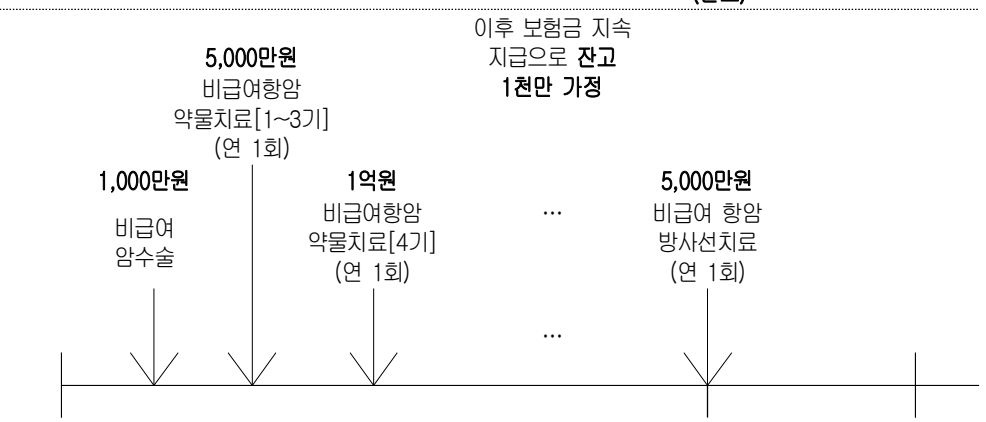
보험금 지급전 잔고	10억	9.9억	9.4억		1천만
보험금 지급후 잔고	9.9억	9.4억	8.4억		**0원 (특약소멸)**
이미 지급한 보험금 합계	1천만	6천만	1.6억	…	10억
지급보험금	1천만	5천만	1억		1천만



③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제10호에 따라 지급해야 할 보험금이 「잔고」보다 큰 경우 「잔고」전액을 보험금으로 지급하며, 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

[제3항 관련 예시]

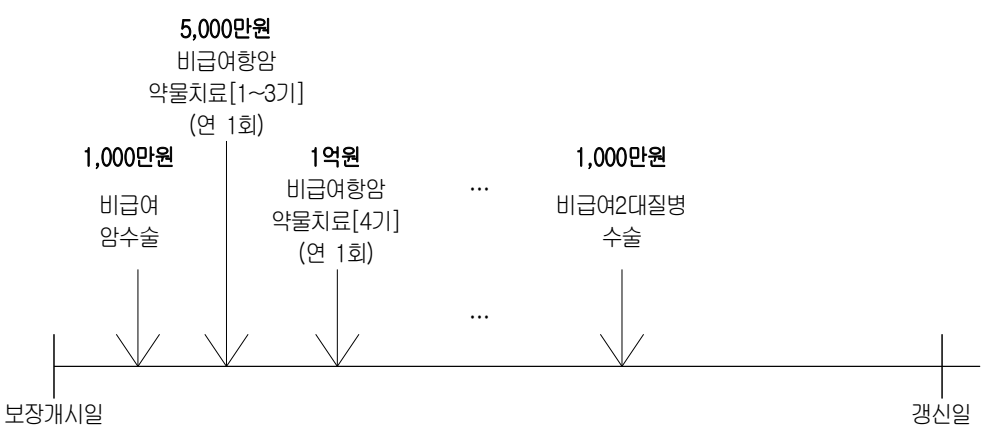
보험금 지급전 잔고	10억	9.9억	9.4억		**1천만**
보험금 지급후 잔고	9.9억	9.4억	8.4억		**0원 (특약소멸)**
이미 지급한 보험금 합계	1천만	6천만	1.6억	…	10억
지급보험금	1천만	5천만	1억		**1천만 (잔고)**



④ 제3항에도 불구하고 「잔고」가 남아있는 경우, 이 특별약관이 갱신될 때마다「보험가입금액」도 새롭게 10억원으로 재설정(리셋, reset)됩니다.

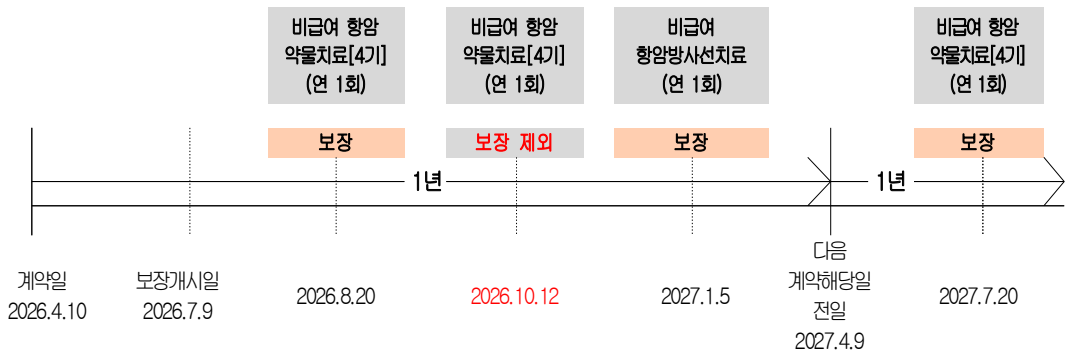
[제4항 관련 예시]

보험금 지급전 잔고	10억	9.9억	9.4억		8.4억		**10억 (리셋)**
보험금 지급후 잔고	9.9억	9.4억	8.4억		8.3억		-
이미 지급한 보험금 합계	1천만	6천만	1.6억	…	1.7억	보험기간 내 **잔고 존재**	**0원 (리셋)**
지급보험금	1천만	5천만	1억		1천만		-



⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제2호 내지 제4호 보장에서 정한 '연간 1회' 한도는 각 호 별로 적용됩니다.

[제5항 관련 예시]



⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호에서 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 이때, 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다.

<제1조(보험금의 지급사유) 제8호 계산 예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 202X년 4월 1일, 지급금액 : 15만원
· 입원기간 및 간병인 사용일 예시
  - 입원기간 : 202X년 4월 1일 ~ 202X년 4월 30일
  - 간병인 사용일 및 사용금액
    · 202X년 4월 10일 ~ 4월 17일 사용 : 총 사용일수 8일, 총사용금액 88만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당.
      → 15만원 × 8일 = 120만원 지급
    · 202X년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 사용
      : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당
      → 7.5만원 × 8일 = 60만원 지급
· 지급금액 : 간병인 사용일수 16일, 보험금 120만원 + 60만원 = 180만원 지급

⑦ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다. 이 경우 「상급종합병원 1인실」에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다. 이 경우 「상급종합병원 2~3인실」에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

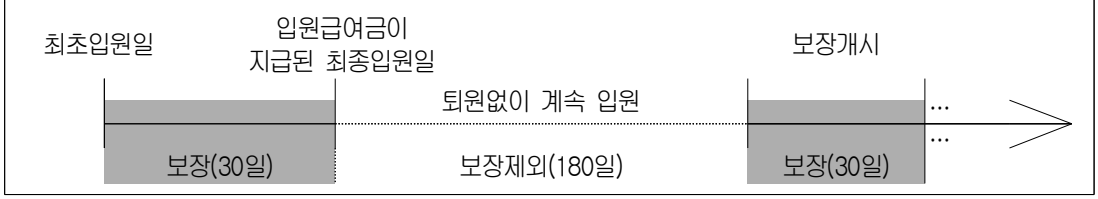
⑨ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 및 제9호의 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 더하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑩ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호의 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 더하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑪ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 내지 제10호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 해당 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

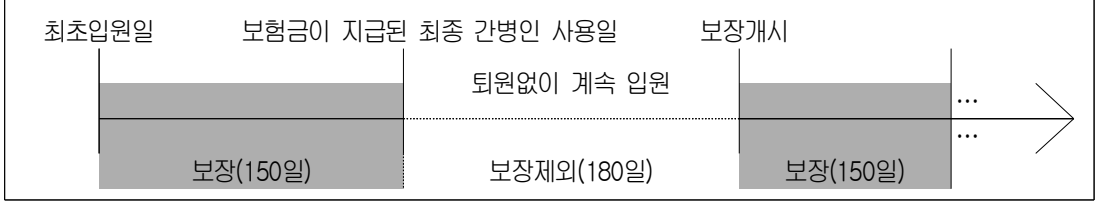
⑫ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 및 제7호가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 각 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<제12항 관련 예시>



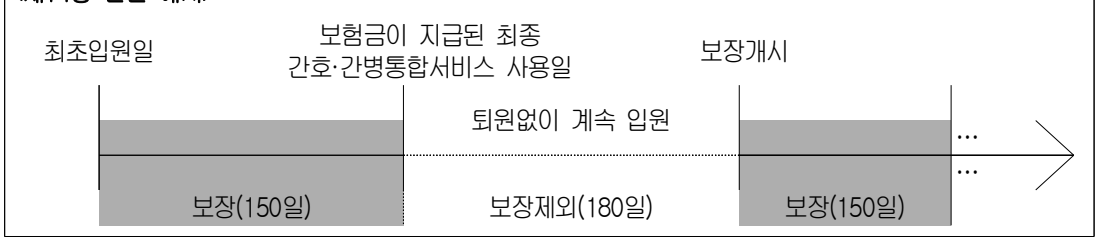
⑬ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 및 제9호가 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 각 보험금이 지급된 최종 간병인 사용일의 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<제13항 관련 예시>



⑭ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호가 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 각 보험금이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<제14항 관련 예시>



⑮ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 내지 제10호의 경우, 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 보험금을 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제12항 내지 제14항은 적용하지 않습니다.

⑯ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우, 피보험자가 「상급종합병원 1인실 이외의 병실」에 입원하여 치료받던 중 「상급종합병원 1인실」로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 보험금을 지급합니다.

⑰ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우, 피보험자가 「상급종합병원 2~3인실 이외의 병실」에 입원하여 치료받던 중 「상급종합병원 2~3인실」로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 보험금을 지급합니다.

⑱ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호의 경우, 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료받던 중 「종합병원」으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 보험금을 지급합니다.

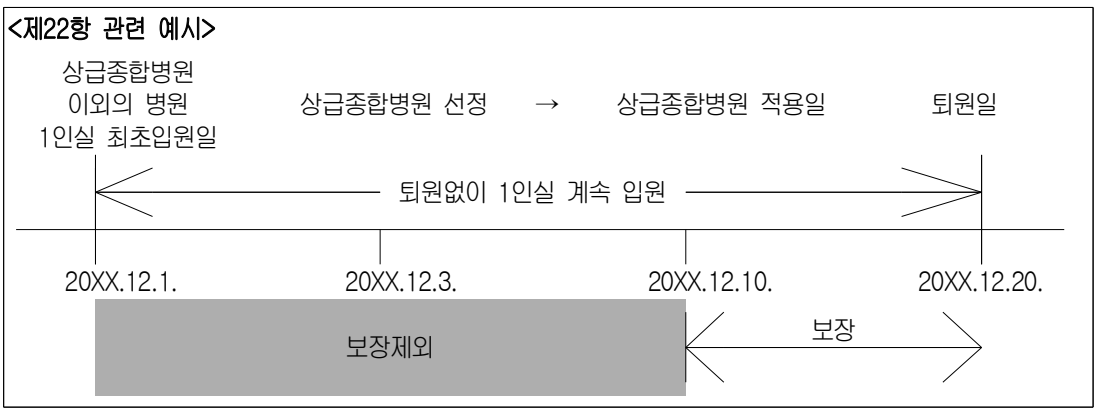
⑲ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우, 피보험자가 「상급종합병원 1인실」에 입원하여 치료를 받던 중 「상급종합병원 1인실 이외의 병실」로 이전하여 입원한 경우 해당 「상급종합병원 1인실」 퇴원일까지 보험금을 지급합니다.

⑳ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우, 피보험자가 「상급종합병원 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 「상급종합병원 2~3인실 이외의 병실」로 이전하여 입원한 경우 해당 「상급종합병원 2~3인실」 퇴원일까지 보험금을 지급합니다.

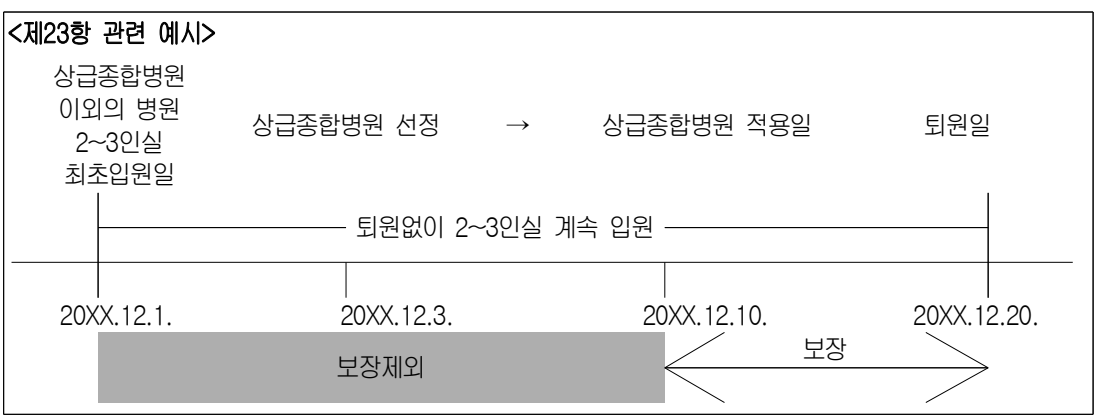
㉑ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호의 경우, 피보험자가 「종합병원」에 입원하여 치료를 받던 중 「종합병원 이외의 병원」으로 이전하여 입원한 경우 해당 「종합병원」 퇴원일까지 보험금을 지급합니다.

㉒ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우, 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원의 1인실」에 입원하여

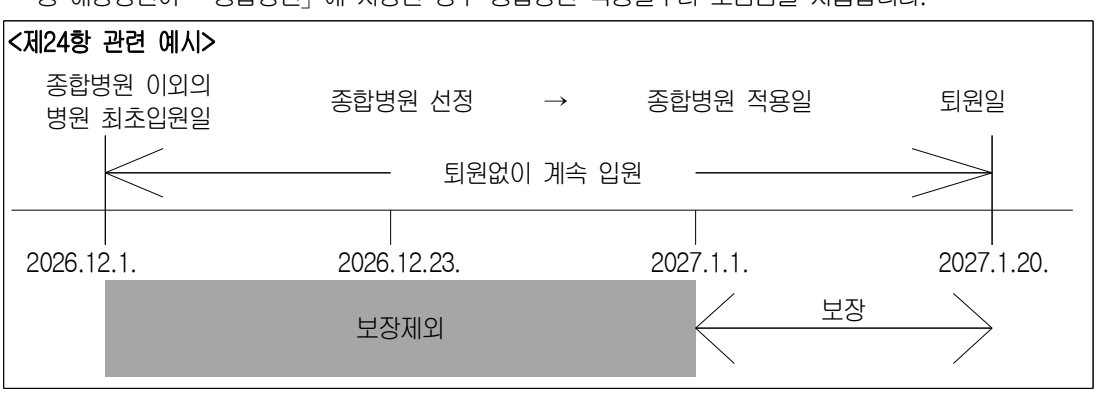
치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 보험금을 지급합니다.



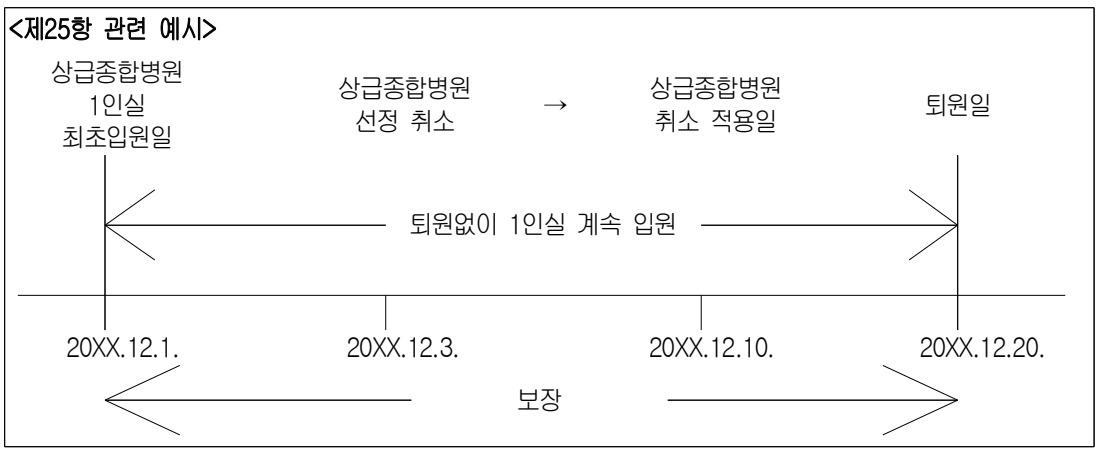
㉓ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우, 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원의 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 보험금을 지급합니다.



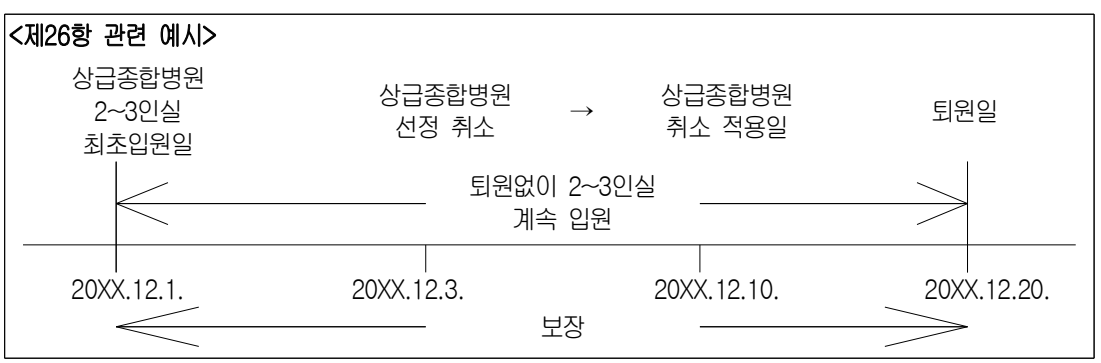
㉔ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호의 경우, 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 보험금을 지급합니다.



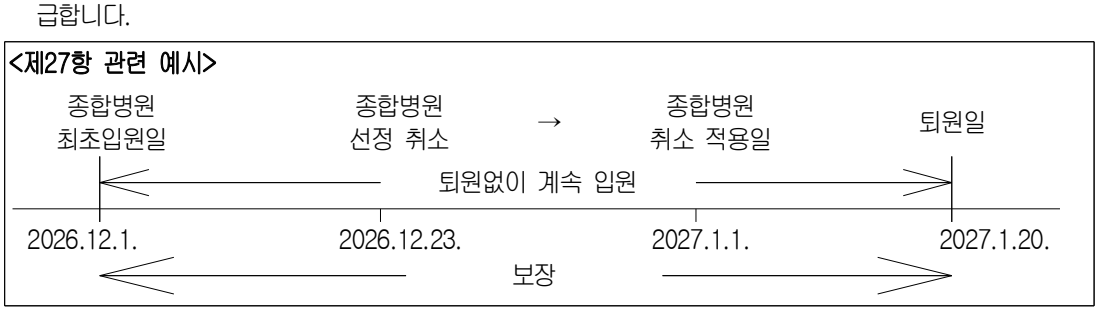
㉕ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우, 피보험자가 「상급종합병원 1인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하거나 최초로 1인실 이외의 병실로 변경하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 보험금을 지급합니다.



㉖ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우, 피보험자가 「상급종합병원 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하거나 최초로 2~3인실 이외의 병실로 변경하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 보험금을 지급합니다.



㉗ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호의 경우, 피보험자가 「종합병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 보험금을 지급합니다.



㉘ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

㉙ 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

㉚ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제12조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자에게 다음에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 「선지급 보험금」을 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여 암수술」 또는 「비급여 항암방사선치료」을 받기 위해 치료일자 예약 후 제14조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다.
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」으로 진단 확정되고 「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여 항암약물치료」를 받기 위해 치료일자 예약 후 제14조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③ 「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

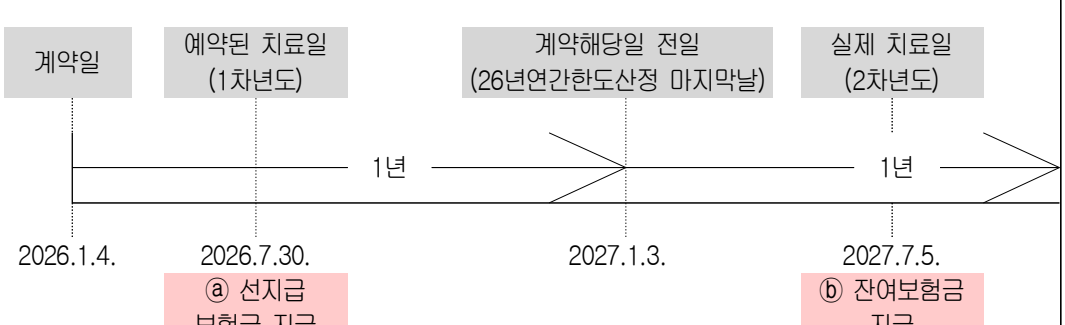
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제13조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시 】



ⓐ 선지급 보험금 : 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입
ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.
⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.
⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.
⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제13조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
② 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 내지 제10호의 경우, 아래 각 호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에도 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
③ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 내지 제10호의 경우, 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대해서도 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환
④ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 및 제9호의 경우, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제14조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 사망진단서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등
② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
③ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 내지 제9호 보장 관련하여, 제9조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및

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)

2. 사업자등록증
3. 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.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장 관련하여, 제10조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제15조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제16조(특별약관의 취소)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」,「기타피부암」 또는「갑상선암」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이전에 특별약관을 취소할 수 있으며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약일부터 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」,「기타피부암」 또는「갑상선암」이 발생하였으나 계약자가 특별약관의 취소를 선택하지 않은 때에는 보험계약일부터 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 「암」,「기타피부암」 또는「갑상선암」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 「암」,「기타피부암」 또는「갑상선암」이 발생한 경우라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제18조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의「잔고」가 없는 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제19조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

149-2. 플래티넘 건강 리셋월렛(3대질병고액치료,간병및상급병실입원)(갱신형_20년) 특별약관

149-2-1. 플래티넘 건강 리셋월렛(3대질병고액치료,간병및상급병실입원)(갱신형_20년) 특별약관

149-2-1는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. **비급여(전액본인부담포함) 암수술비** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여 암수술」을 받은 경우 수술 1회당 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 암수술비	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	수술 1회당 500만원
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술 1회당 1,000만원
	갱신 계약	갱신일로부터	수술 1회당 1,000만원

2. **비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료비** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여 항암방사선치료」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료비	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	2,500만원(연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	5,000만원(연간 1회한)
	갱신 계약	갱신일로부터	5,000만원(연간 1회한)

3. **비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료비(1~3기암(병기구분불가암포함))** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제3조(「1~3기암(병기구분불가암포함)」 및 「4기암」등의 정의 및 진단확정)에서 정한 「1~3기암(병기구분불가암포함)」으로 진단이 확정되고, 「1~3기암(병기구분불가암포함)」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여 항암약물치료」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료비 [1~3기암 (병기구분불가암포함)]	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	2,500만원(연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	5,000만원(연간 1회한)
	갱신 계약	갱신일로부터	5,000만원(연간 1회한)

4. **비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료비(4기암)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제3조(「1~3기암(병기구분불가암포함)」 및 「4기암」등의 정의 및 진단확정)에서 정한「4기암」으로 진단이 확정되고,「4기암」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여 항암약물치료」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료비 [4기암]	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	5,000만원(연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	1억원(연간 1회한)
	갱신 계약	갱신일로부터	1억원(연간 1회한)

5. **비급여(전액본인부담포함) 2대질병수술비** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(「2대질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심질환」으로 진단확정되고 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심질환」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여 2대질병수술」을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 2대질병수술비	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	수술 1회당 500만원
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술 1회당 1,000만원
	갱신 계약	갱신일로부터	수술 1회당 1,000만원

6. **상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 상급종합병원 1인실(특실포함)에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)	입원 1일당 30만원(30일한도)

7. **상급종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 상급종합병원 2~3인실에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
상급종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)	입원 1일당 5만원(30일한도)

8. **간병인사용 질병입원비(종합병원)(1일-150일)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 종합병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제9조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.
다만, 간병인사용 질병입원비(종합병원)(1일-150일)의 지급일수는 1회 입원당 150일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 기 준	지 급 금 액
간병인사용 질병입원비(종합병원) (1일-150일)	간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	사용일 1일당 7.5만원
	간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	사용일 1일당 15만원

※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.
※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

9. **간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-150일)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 요양병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제9조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.
다만, 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-150일)의 지급일수는 1회 입원당 150일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 금 액
간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-150일)	사용일 1일당 5만원(150일한도)

10. **간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-150일)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원(한방병원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제10조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.
다만, 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-150일)의 지급일수는 1회 입원당 150일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 금 액
간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-150일)	사용일 1일당 7만원(150일한도)

제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「1~3기암(병기구분불가암포함)」 및 「4기암」 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「4기」라 함은 아래 각 호 중 하나이상에 해당하는 경우를 말합니다.
1. AJCC(American Joint Committee on Cancer) 제8판 TNM 병기분류상 Stage4에 해당하는 경우
2. FIGO(International Federation of Gynecology and Obstetrics) 분류상 "Stage4"에 해당하는 경우
3. Astler-Coller 분류상 "stage D"에 해당하는 경우
4. Jewett분류상 "stage D"에 해당하는 경우
5. 원발불명암(최초 부위를 알 수 없는 암)이 진단된 경우
6. 한국표준질병사인분류에 있어서 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)으로 진단되면서 원발부위(최초 발생한 부위)가 확인되지 않는 경우
7. 「병기구분 불가암 분류표」(【별표78】 참조)에 해당하는 암으로 진단 확정된 후 원격전이를 동반하여 재발하거나 원격전이 병변이 확인되는 경우
8. 상기 기준이외의 의학계에서 일반적으로 인정되는 병기분류방법으로 객관적인 병리학적 혹은 임상학적 의료기록 등에 근거하여 "TNM 병기 4기"에 준하는 단계라고 진단받은 경우

② 이 특별약관에서「4기암」이라 함은 「4기」에 해당되면서, "「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」"에 해당하는 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「1~3기암(병기구분불가암포함)」이라 함은「4기암」에 해당하지 않으면서, "「암」, 「기타피부암」또는「갑상선암」"에 해당하는 경우를 말합니다.

[병기(암의 진행상태)]
병기란 암의 발견 당시의 진행 상태를 표현하는 말로 1기부터 4기로 분류되며, 암의 진행정도가 심해질수록 숫자가 올라갑니다.

[TNM병기]
임상적으로 각 장기에 발생하는 암을 T는 원발소(primary Tumor), N는 소속림프절(regional lymphNode), M는 원격전이(distant Metastasis)를 나타내는 머리문자를 가지고 표기하고 있습니다.

④ 제1항 내지 제2항에서 정한 「4기암」을 진단함에 있어서 임상학적 병기분류 및 조직학적 병기분류 등을 종합적으로 고려하여 「4기암」 여부를 판단합니다. 다만, 조직학적 병기분류가 불가능한 경우에는 임상학적 병기분류만으로 「4기암」 판단을 할 수 있습니다.

⑤ 제1항에서 AJCC(American Joint Committee on Cancer) 제8판 TNM 병기분류가 개정 등의 사유로 변경된 경우 변경된 TNM 병기분류에 따라 적용합니다.

제4조(「2대질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「2대질병」이라 함은「뇌혈관질환」및「허혈성심질환」을 말합니다.

② 제1항의「뇌혈관질환」이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표19】 참조)에 해당하는 1. 거미막하 출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 8. 기타 뇌혈관 질환, 9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 10. 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 제1항의 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬

영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

④ 제1항의 「허혈성심질환」이라 함은 「허혈성심질환 분류표」(【별표18】 참조)에 해당하는 허혈성심질환으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 제1항의 「허혈성심질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「허혈성심질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]
Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]
Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]
뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[양전자 방출 단층술(PET)]
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제5조(「비급여 암수술」 등의 정의)

① 이 특별약관에서「비급여 암수술」이라 함은「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 제거하거나 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로「비급여(전액본인부담포함) 수술」을 받은 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서「비급여 항암방사선치료」라 함은「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 제거하거나「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로「비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료」를 받은 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관에서「비급여 항암약물치료」라 함은「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」을 제거하거나「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기

암」의 직접적인 치료를 목적으로「비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료」를 받은 경우를 말합니다.

④ 이 특별약관에서「비급여 2대질병수술」이라 함은「2대질병」을 제거하거나「2대질병」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로「비급여(전액본인부담포함) 수술」을 받은 경우를 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 비급여라 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.

⑦ 제1항 및 제4항의「비급여(전액본인부담포함) 수술」은 제6조(「수술」의 정의와 장소)에서 정한 「수술」로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 대상 질병을 제거하거나 대상 질병의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제5항 및 제6항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑧ 제2항의「비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제5항 및 제6항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑨ 제3항의「비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제5항 및 제6항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

제6조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑤ 제1항 내지 제2항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의

- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제7조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것를 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

③ 제2항에서 정한「항암약물치료」는 「항암호르몬치료제」를 포함하지 않습니다.

④ 제3항의「항암호르몬치료제」라 함은 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.

용어의 정의

· 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제8조(「입원」등의 정의)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 아래 각 호에서 정한 기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 및 제7호 : 의료법 제3조의4(상급종합병원)에서 정한「상급종합병원」
2. 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 : 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한「종합병원」
3. 제1조(보험금의 지급사유) 제9호 : 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원
4. 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 : 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외)

② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 이 특별약관에서 「1인실」이라 함은 「특실」병실도 포함하며, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 병실만을 대상으로 합니다.

④ 이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

[의료법 제3조의3(종합병원)]

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100 병상 이상 300 병상 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. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라한다) 외에

필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 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.

제9조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제10조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)>

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④「공공보건의료에 관한 법률」 제2조 제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>
① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

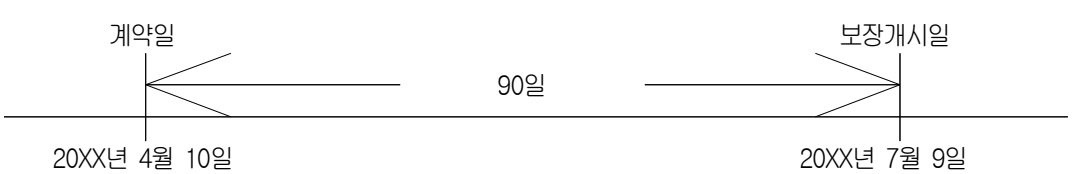
제11조(「보험가입금액」 등의 정의)

① 이 특별약관에서「이미 지급한 보험금 합계액」이라 함은, 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제10호에 따라 지급한 보험금의 합계액을 말합니다.
② 이 특별약관에서「보험가입금액」이라 함은 제1항에서 정한「이미 지급한 보험금 합계액」의 지급한도금액으로써 10억원으로 합니다.
③ 이 특별약관에서「잔고」라 함은 제2항에서 정한 「보험가입금액」에서 제1항의 「이미 지급한 보험금 합계액」을 차감한 금액을 말합니다.

제12조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.
1. 최초계약의 경우
가. 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
나. 제1조(보험금의 지급사유) 제5호 내지 제10호 : 보험계약일
2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

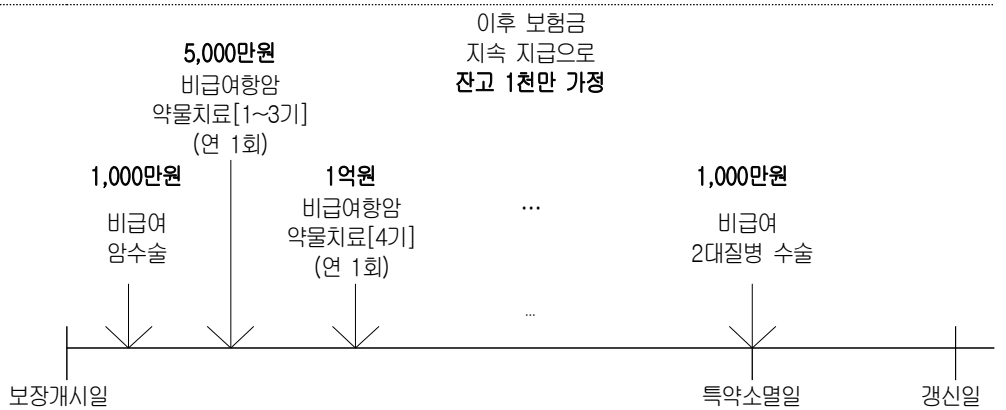
< 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호의 보장개시일 > (최초계약에 한함)



② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제10호의 경우, 「이미 지급한 보험금 합계액」은 「보험가입금액」을 초과할 수 없습니다.

[제2항 관련 예시]

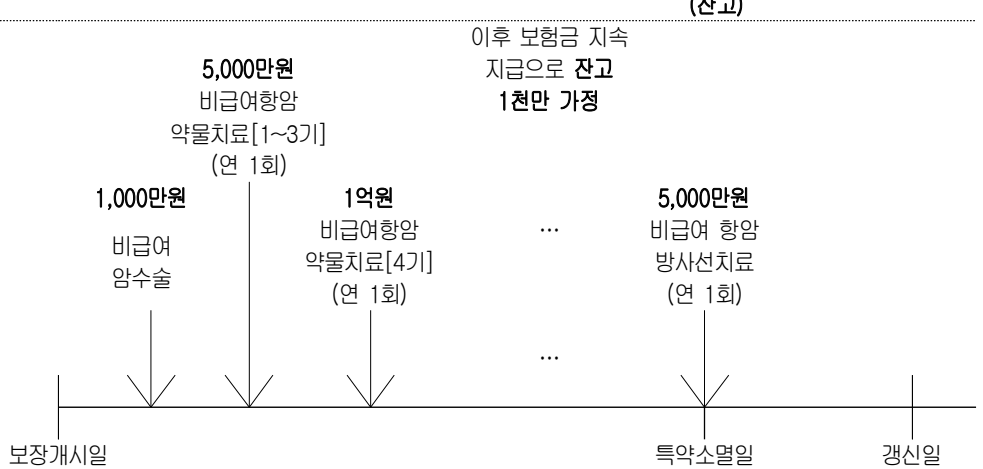
보험금 지급전 잔고	10억	9.9억	9.4억		1천만
보험금 지급후 잔고	9.9억	9.4억	8.4억		**0원 (특약소멸)**
이미 지급한 보험금 합계	1천만	6천만	1.6억	…	10억
지급보험금	1천만	5천만	1억		1천만



③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제10호에 따라 지급해야 할 보험금이 「잔고」보다 큰 경우 「잔고」전액을 보험금으로 지급하며, 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

[제3항 관련 예시]

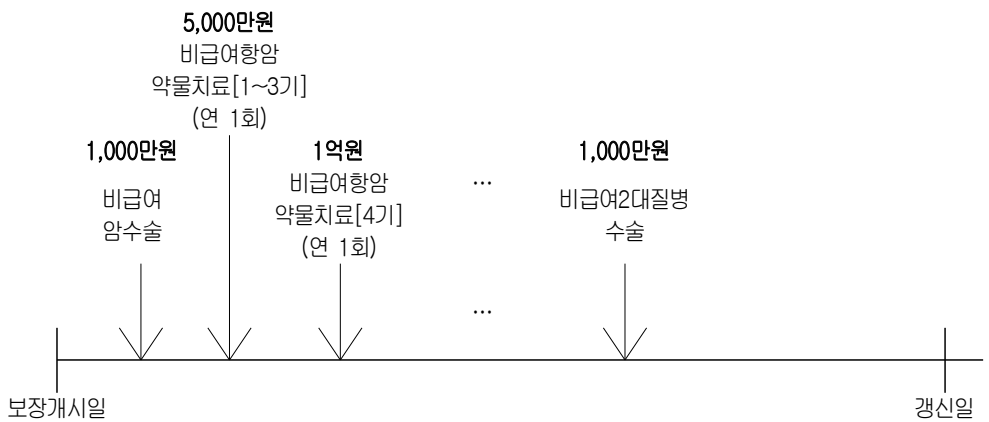
보험금 지급전 잔고	10억	9.9억	9.4억		**1천만**
보험금 지급후 잔고	9.9억	9.4억	8.4억		**0원 (특약소멸)**
이미 지급한 보험금 합계	1천만	6천만	1.6억	…	10억
지급보험금	1천만	5천만	1억		**1천만 (잔고)**



④ 제3항에도 불구하고 「잔고」가 남아있는 경우, 이 특별약관이 갱신될 때마다「보험가입금액」도 새롭게 10억원으로 재설정(리셋, reset)됩니다.

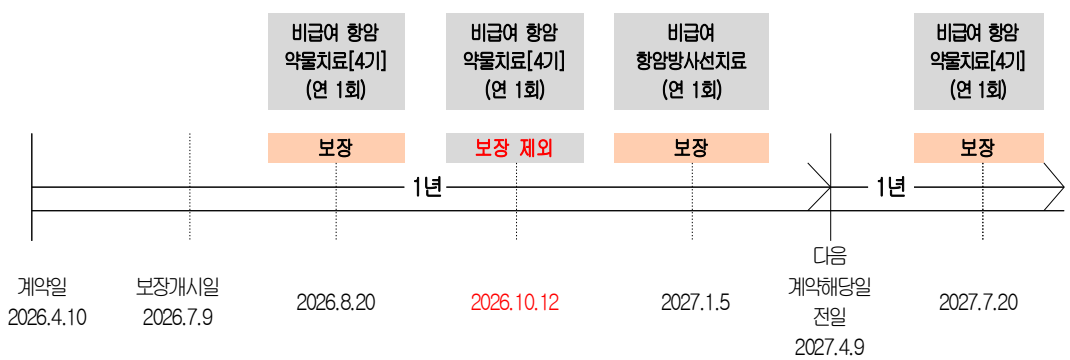
[제4항 관련 예시]

보험금 지급전 잔고	10억	9.9억	9.4억		8.4억		**10억 (리셋)**
보험금 지급후 잔고	9.9억	9.4억	8.4억		8.3억		-
이미 지급한 보험금 합계	1천만	6천만	1.6억	…	1.7억	보험기간 내 **잔고 존재**	**0원 (리셋)**
지급보험금	1천만	5천만	1억		1천만		-



⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제2호 내지 제4호 보장에서 정한 '연간 1회' 한도는 각 호 별로 적용됩니다.

[제5항 관련 예시]



⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호에서 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 이때, 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다.

<제1조(보험금의 지급사유) 제8호 계산 예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 202X년 4월 1일, 지급금액 : 15만원
· 입원기간 및 간병인 사용일 예시
  - 입원기간 : 202X년 4월 1일 ~ 202X년 4월 30일
  - 간병인 사용일 및 사용금액
    · 202X년 4월 10일 ~ 4월 17일 사용 : 총 사용일수 8일, 총사용금액 88만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당.
      → 15만원 × 8일 = 120만원 지급
    · 202X년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 사용
      : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당
      → 7.5만원 × 8일 = 60만원 지급
· 지급금액 : 간병인 사용일수 16일, 보험금 120만원 + 60만원 = 180만원 지급

⑦ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다. 이 경우 「상급종합병원 1인실」에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다. 이 경우 「상급종합병원 2~3인실」에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

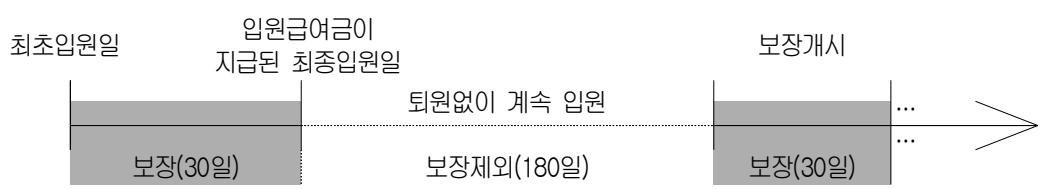
⑨ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 및 제9호의 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 더하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑩ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호의 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 더하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑪ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 내지 제10호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 해당 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

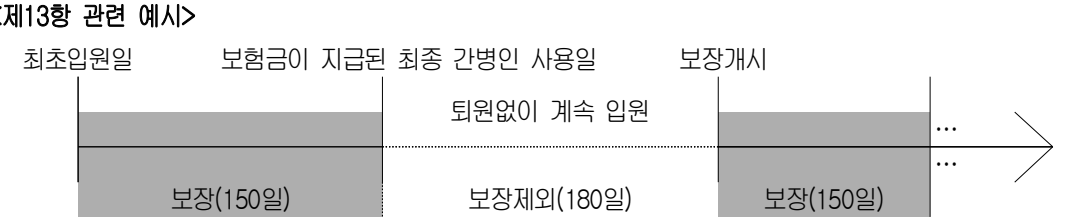
⑫ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 및 제7호가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 각 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<제12항 관련 예시>



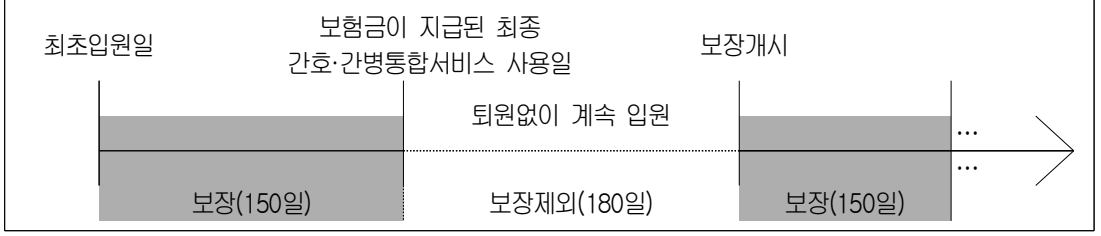
⑬ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 및 제9호가 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 각 보험금이 지급된 최종 간병인 사용일의 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<제13항 관련 예시>



⑭ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호가 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 각 보험금이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<제14항 관련 예시>



⑮ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 내지 제10호의 경우, 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 보험금을 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제12항 내지 제14항은 적용하지 않습니다.

⑯ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우, 피보험자가 「상급종합병원 1인실 이외의 병실」에 입원하여 치료받던 중 「상급종합병원 1인실」로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 보험금을 지급합니다.

⑰ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우, 피보험자가 「상급종합병원 2~3인실 이외의 병실」에 입원하여 치료받던 중 「상급종합병원 2~3인실」로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 보험금을 지급합니다.

⑱ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호의 경우, 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료받던 중 「종합병원」으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 보험금을 지급합니다.

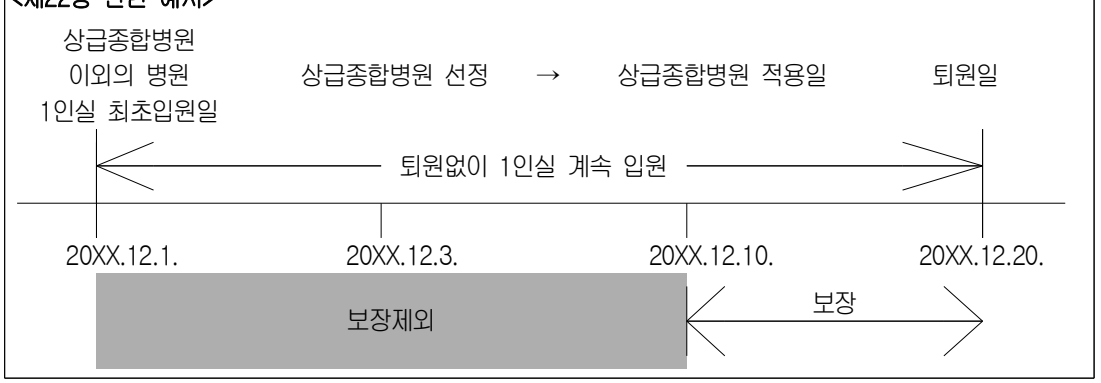
⑲ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우, 피보험자가 「상급종합병원 1인실」에 입원하여 치료를 받던 중 「상급종합병원 1인실 이외의 병실」로 이전하여 입원한 경우 해당 「상급종합병원 1인실」 퇴원일까지 보험금을 지급합니다.

⑳ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우, 피보험자가 「상급종합병원 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 「상급종합병원 2~3인실 이외의 병실」로 이전하여 입원한 경우 해당 「상급종합병원 2~3인실」 퇴원일까지 보험금을 지급합니다.

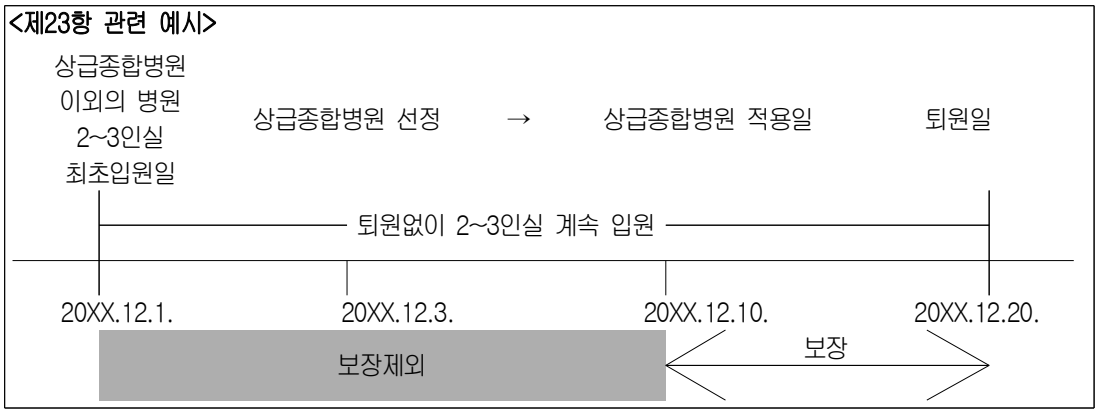
㉑ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호의 경우, 피보험자가 「종합병원」에 입원하여 치료를 받던 중 「종합병원 이외의 병원」으로 이전하여 입원한 경우 해당 「종합병원」 퇴원일까지 보험금을 지급합니다.

㉒ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우, 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원의 1인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 보험금을 지급합니다.

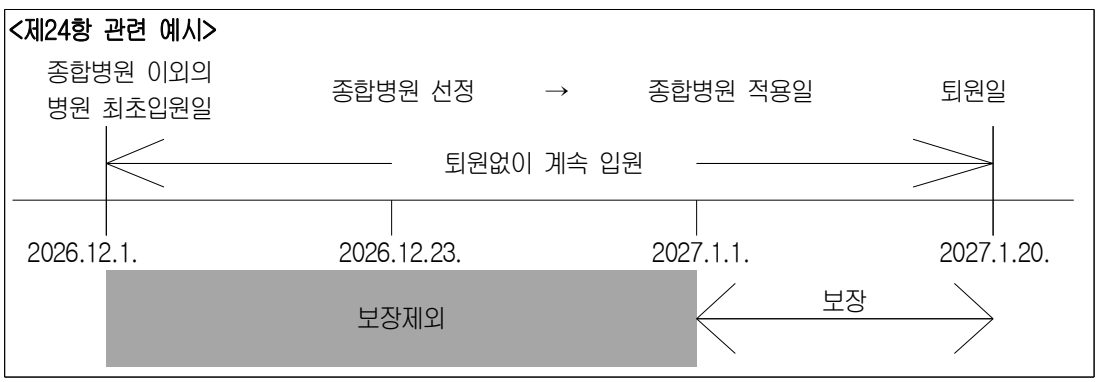
<제22항 관련 예시>



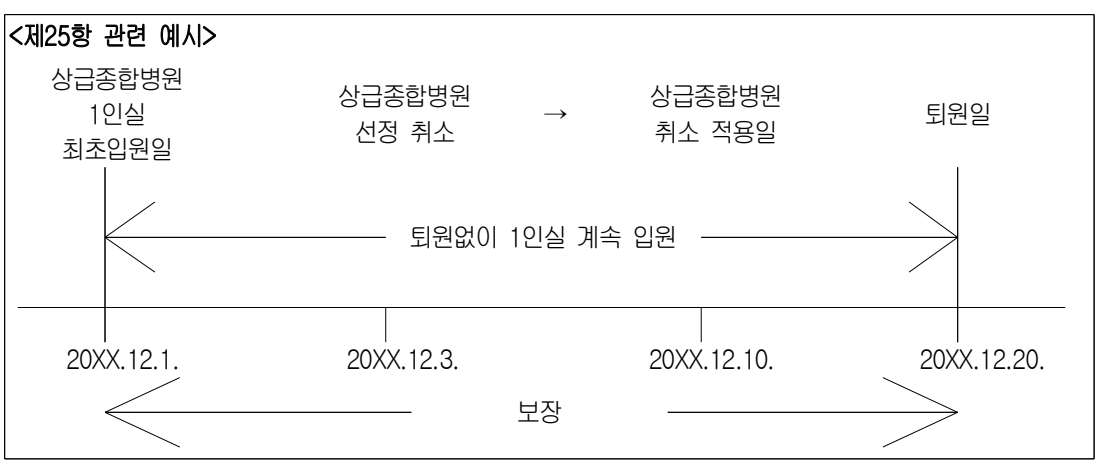
㉓ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우, 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원의 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 보험금을 지급합니다.



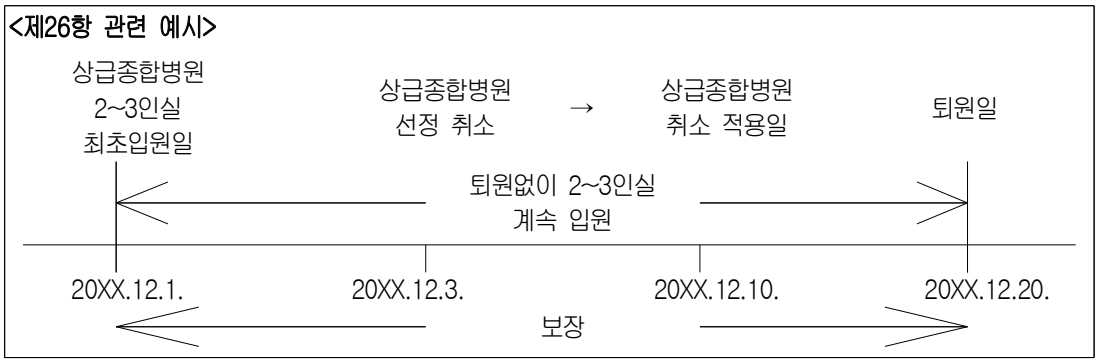
㉔ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호의 경우, 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 보험금을 지급합니다.



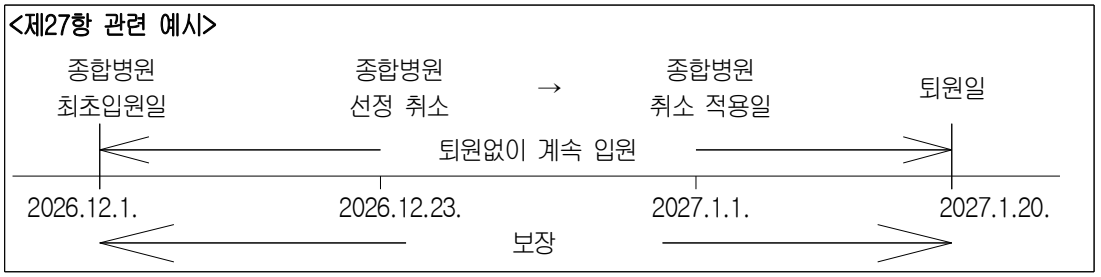
㉕ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우, 피보험자가 「상급종합병원 1인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하거나 최초로 1인실 이외의 병실로 변경하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 보험금을 지급합니다.



㉖ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우, 피보험자가 「상급종합병원 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하거나 최초로 2~3인실 이외의 병실로 변경하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 보험금을 지급합니다.



㉗ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호의 경우, 피보험자가 「종합병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 보험금을 지급합니다.



㉘ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

㉙ 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

㉚ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제12조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자에게 다음에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 「선지급 보험금」을 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여 암수술」 또는 「비급여 항암방사선치료」을 받기 위해 치료일자 예약 후 제14조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다.
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」으로 진단 확정되고 「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여 항암약물치료」를 받기 위해 치료일자 예약 후 제14조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③ 「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항

을 적용합니다.

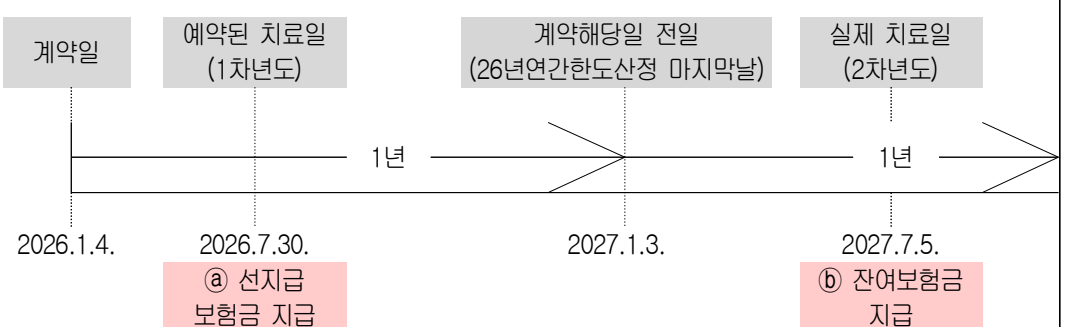
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제13조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시 】



ⓐ 선지급 보험금 : 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입
ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제13조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 내지 제10호의 경우, 아래 각 호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에도 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 내지 제10호의 경우, 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대해서도 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 및 제9호의 경우, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제14조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 사망진단서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 내지 제9호 보장 관련하여, 제9조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 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.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장 관련하여, 제10조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제15조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제16조(특별약관의 취소)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」,「기타피부암」 또는「갑상선암」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이전에 특별약관을 취소할 수 있으며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약일부터 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」,「기타피부암」 또는「갑상선암」이 발생하였으나 계약자가 특별약관의 취소를 선택하지 않은 때에는 보험계약일부터 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 「암」,「기타피부암」 또는「갑상선암」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 「암」,「기타피부암」 또는「갑상선암」이 발생한 경우라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제18조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의「잔고」가 없는 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제19조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

150-1. 플래티넘 건강 리셋월렛Ⅱ(3대질병고액및중환자실치료,특정질병수술및동반입원)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관

150-1-1. 플래티넘 건강 리셋월렛Ⅱ(3대질병고액및중환자실치료,특정질병수술및동반입원)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관

150-1-1는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. **비급여(전액본인부담포함) 암수술비** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여 암수술」을 받은 경우 수술 1회당 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 암수술비	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	수술 1회당 500만원
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술 1회당 1,000만원
	갱신 계약	갱신일로부터	수술 1회당 1,000만원

2. **비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료비** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여 항암방사선치료」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료비	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	2,500만원 (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	5,000만원 (연간 1회한)
	갱신 계약	갱신일로부터	5,000만원 (연간 1회한)

3. **비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료비(1~3기암(병기구분불가암포함))** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제3조(「1~3기암(병기구분불가암포함)」 및 「4기암」등의 정의 및 진단확정)에서 정한 「1~3기암(병기구분불가암포함)」으로 진단이 확정되고, 「1~3기암(병기구분불가암포함)」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여 항암약물치료」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료비 [1~3기암 (병기구분불가암포함)]	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	2,500만원 (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	5,000만원 (연간 1회한)
	갱신 계약	갱신일로부터	5,000만원 (연간 1회한)

4. **비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료비(4기암)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제3조(「1~3기암(병기구분불가암포함)」 및 「4기암」등의 정의 및 진단확정)에서 정한「4기암」으로 진단이 확정되고,「4기암」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여 항암약물치료」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료비 [4기암]	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	5,000만원 (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	1억원 (연간 1회한)
	갱신 계약	갱신일로부터	1억원 (연간 1회한)

5. **비급여(전액본인부담포함) 2대질병수술비** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(「2대질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심질환」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여 2대질병수술」을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 2대질병수술비	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	수술 1회당 500만원
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술 1회당 1,000만원
	갱신 계약	갱신일로부터	수술 1회당 1,000만원

6. **암 중환자실치료비(종합병원)(연간1회한)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 「종합병원 중환자실치료」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	지 급 금 액
암 중환자실치료비(종합병원) (연간1회한)	1,000만원 (연간 1회한)

7. **2대질병 중환자실치료비(종합병원)(연간1회한)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(「2대질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심질환」의 치료를 직접적인 목적으로 「종합병원 중환자실치료」를 받은 경우에는 치료구분별로 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	치료구분	지 급 금 액
2대질병 중환자실치료비(종합병원) (연간1회한)	뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료	1,000만원 (연간 1회한)
	허혈성심질환 종합병원 중환자실치료	1,000만원 (연간 1회한)

8. **상급종합병원 질병수술비** : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「상급종합병원」에서 수술을 받은 때에는 수술1회당 아래의 금액을 지급.

구 분	지 급 금 액
상급종합병원 질병수술비	수술1회당 50만원

9. **특정순환계질환수술비** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(「특정순환계질환」의 정의 및 진단확정)에서 정한「특정순환계질환」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술1회당 아래의 금액을 지급.

구 분		경과기간		지급금액
특정순환계질환 수술비	특정순환계질환 관혈수술비	최초계약	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 250만원
			계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 500만원
		갱신계약	갱신일부터	수술1회당 500만원
	특정순환계질환 비관혈수술비	최초계약	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 250만원
			계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 500만원
		갱신계약	갱신일부터	수술1회당 500만원

※ 이 보장은 아래의 총 2개의 세부보장으로 나뉩니다.

보 장
1) 특정순환계질환 관혈수술비 보장 2) 특정순환계질환 비관혈수술비 보장

10. 질병1~5종수술동반입원비Ⅲ : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 다음 각 목에 모두 해당하는 경우(이하 "수술동반입원"이라 합니다) 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급.

가. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 계속 입원하여 치료를 받은 경우

나. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(「수술」의 정의와 장소) 제1항 제2호에서 정한 수술을 받는 경우

다. 상기 가목 및 나목은 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.

구 분		지 급 금 액
질병1~5종수술동반입원비Ⅲ	질병1~5종수술동반입원비Ⅲ(1종)(1일-2일)	입원 1일당 10만원 (2일한도)
	질병1~5종수술동반입원비Ⅲ(2종)(1일-4일)	입원 1일당 10만원 (4일한도)
	질병1~5종수술동반입원비Ⅲ(3종)(1일-6일)	입원 1일당 10만원 (6일한도)
	질병1~5종수술동반입원비Ⅲ(4종)(1일-8일)	입원 1일당 25만원 (8일한도)
	질병1~5종수술동반입원비Ⅲ(5종)(1일-10일)	입원 1일당 50만원 (10일한도)

※ 이 보장은 아래의 총 5개의 세부보장으로 나뉩니다.

보 장
1) 질병1~5종수술동반입원비Ⅲ(1종)(1일-2일) 보장 2) 질병1~5종수술동반입원비Ⅲ(2종)(1일-4일) 보장 3) 질병1~5종수술동반입원비Ⅲ(3종)(1일-6일) 보장 4) 질병1~5종수술동반입원비Ⅲ(4종)(1일-8일) 보장 5) 질병1~5종수술동반입원비Ⅲ(5종)(1일-10일) 보장

제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
   다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「1~3기암(병기구분불가암포함)」 및 「4기암」 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「4기」라 함은 아래 각 호 중 하나이상에 해당하는 경우를 말합니다.

1. AJCC(American Joint Committee on Cancer) 제8판 TNM 병기분류상 Stage4에 해당하는 경우
2. FIGO(International Federation of Gynecology and Obstetrics) 분류상 “Stage4”에 해당하는 경우
3. Astler-Coller 분류상 “stage D”에 해당하는 경우
4. Jewett분류상 “stage D”에 해당하는 경우
5. 원발불명암(최초 부위를 알 수 없는 암)이 진단된 경우
6. 한국표준질병사인분류에 있어서 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)으로 진단되면서 원발부위(최초 발생한 부위)가 확인되지 않는 경우

7. 「병기구분 불가암 분류표」(【별표78】 참조)에 해당하는 암으로 진단 확정된 후 원격전이를 동반하여 재발하거나 원격전이 병변이 확인되는 경우
8. 상기 기준이외의 의학계에서 일반적으로 인정되는 병기분류방법으로 객관적인 병리학적 혹은 임상학적 의료기록 등에 근거하여 "TNM 병기 4기"에 준하는 단계라고 진단받은 경우

② 이 특별약관에서 「4기암」이라 함은 「4기」에 해당되면서, "「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」"에 해당하는 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「1~3기암(병기구분불가암포함)」이라 함은 「4기암」에 해당하지 않으면서, "「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」"에 해당하는 경우를 말합니다.

[병기(암의 진행상태)]
병기란 암의 발견 당시의 진행 상태를 표현하는 말로 1기부터 4기로 분류되며, 암의 진행정도가 심해질수록 숫자가 올라갑니다.

[TNM병기]
임상적으로 각 장기에 발생하는 암을 T는 원발소(primary Tumor), N는 소속림프절(regional lymphNode), M는 원격전이(distant Metastasis)를 나타내는 머리문자를 가지고 표기하고 있습니다.

④ 제1항 내지 제2항에서 정한 「4기암」을 진단함에 있어서 임상학적 병기분류 및 조직학적 병기분류 등을 종합적으로 고려하여 「4기암」 여부를 판단합니다. 다만, 조직학적 병기분류가 불가능한 경우에는 임상학적 병기분류만으로 「4기암」 판단을 할 수 있습니다.

⑤ 제1항에서 AJCC(American Joint Committee on Cancer) 제8판 TNM 병기분류가 개정 등의 사유로 변경된 경우 변경된 TNM 병기분류에 따라 적용합니다.

제4조(「2대질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「2대질병」이라 함은 「뇌혈관질환」 및 「허혈성심질환」을 말합니다.

② 제1항의 「뇌혈관질환」이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표19】 참조)에 해당하는 1. 거미막하 출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 8. 기타 뇌혈관 질환, 9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 10. 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 제1항의 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

④ 제1항의 「허혈성심질환」이라 함은 「허혈성심질환 분류표」(【별표18】 참조)에 해당하는 허혈성심질환으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 제1항의 「허혈성심질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「허혈성심질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[양전자 방출 단층술(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제5조(「비급여 암수술」 등의 정의)

① 이 특별약관에서「비급여 암수술」이라 함은「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 제거하거나 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로「비급여(전액본인부담포함) 수술」을 받은 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서「비급여 항암방사선치료」라 함은「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 제거하거나「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로「비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료」를 받은 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관에서「비급여 항암약물치료」라 함은「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」을 제거하거나「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」의 직접적인 치료를 목적으로「비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료」를 받은 경우를 말합니다.

④ 이 특별약관에서「비급여 2대질병수술」이라 함은「2대질병」을 제거하거나「2대질병」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로「비급여(전액본인부담포함) 수술」을 받은 경우를 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 비급여라 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.

⑦ 제1항 및 제4항의「비급여(전액본인부담포함) 수술」은 제6조(「수술」의 정의와 장소)에서 정한 「수술」로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 대상 질병을 제거하거나 대상 질병의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제5항 및 제6항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑧ 제2항의「비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제5항 및 제6항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.
⑨ 제3항의「비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제5항 및 제6항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

제6조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 아래 각 호에서 정한 수술을 말합니다.
1. 제1조(보험금의 지급사유) 제1호, 제5호, 제8호 및 제9호 : 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
2. 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 : 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것으로,「1~5종 수술분류표Ⅳ」(【별표34】참조)에서 정한 수술을 말합니다.

② 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.
③ 제2항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 및 제10호의 경우에는, 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술 역시「수술」에 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.
④ 제3항의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.
⑤ 이 특별약관에서 「관혈수술」이라 함은 병변부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술을 하는 것을 말하며, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 관혈수술에 준하여 보상합니다.
⑥ 이 특별약관에서 「비관혈수술」이라 함은 「내시경수술」,「카테터수술」,「신의료수술」을 말합니다.
1.「내시경수술」이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 직접영상(조영제 등을 통한 간접영상은 제외)을 통하여 보면서 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 다만, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 제외합니다.
2.「카테터수술」인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 '도관을 이용한 약물주입'과 '중심정맥관 삽입술'은 제외합니다.
3.「신의료수술」함은 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 '치료적 방사선 조사'를 포함합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 '도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입'과 '중심정맥관 삽입술'은 제외합니다.

⑦ 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
⑧ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑨ 제1항 내지 제3항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제7조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것를 말합니다.
② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것를 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.
③ 제2항에서 정한「항암약물치료」는 「항암호르몬치료제」를 포함하지 않습니다.
④ 제3항의「항암호르몬치료제」라 함은 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.

용어의 정의
· 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제8조(「입원」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
③ 이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.
④ 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

[의료법 제3조의3(종합병원)]
① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100 병상 이상 300 병상 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. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 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.

제9조(「특정순환계질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정순환계질환」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「특정순환계질환 분류표」(【별표37】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「특정순환계질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

③ 제1항의 「특정순환계질환」 중 「뇌혈관질환」의 진단확정은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

④ 제1항의 「특정순환계질환」 중 「심혈관질환(특정)」의 진단확정은 병력·증상과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

⑤ 제1항의 「특정순환계질환」중「4대혈관질환」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 진단하며, 「특정순환계질환」중 「죽상경화증(뇌, 심장제외)」의 진단확정은 병력·증상과 함께 혈액, 심전도, 혈관 도플러, 경동맥 초음파검사 등 검사결과 상기 질환으로 진단할 수 있는 객관적인 이상 소견을 보이는 경우 진단합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

⑥ 제2항 내지 제5항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「특정순환계질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「특정순환계질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]

Single Photon Emission Computed Tomography. γ선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제10조(「종합병원 중환자실치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「종합병원 중환자실치료」라 함은 의사에 의하여「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「2대질병」으로 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한「종합병원」의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제11조(「보험가입금액」등의 정의)

① 이 특별약관에서「이미 지급한 보험금 합계액」이라 함은, 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제10호에 따라 지급한 보험금의 합계액을 말합니다.

② 이 특별약관에서「보험가입금액」이라 함은 제1항에서 정한「이미 지급한 보험금 합계액」의 지급한도금액으로써 10억원으로 합니다.

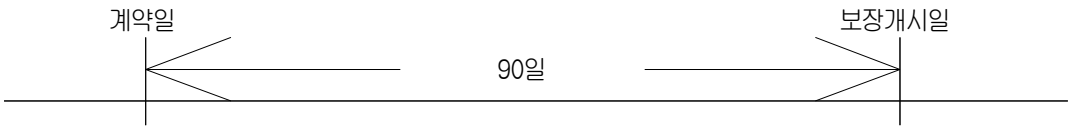
③ 이 특별약관에서「잔고」라 함은 제2항에서 정한 「보험가입금액」에서 제1항의 「이미 지급한 보험금 합계액」을 차감한 금액을 말합니다.

제12조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 최초계약의 경우
   가. 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호, 제6호 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
   나. 제1조(보험금의 지급사유) 제5호, 제7호 내지 제10호 : 보험계약일
2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

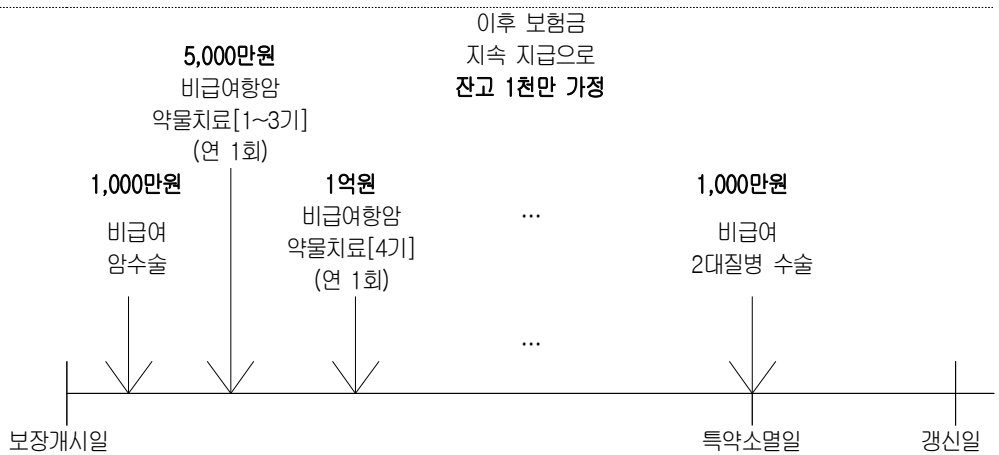
< 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호, 제6호의 보장개시일 > (최초계약에 한함)



② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제10호의 경우, 「이미 지급한 보험금 합계액」은 「보험가입금액」을 초과할 수 없습니다.

[제2항 관련 예시]

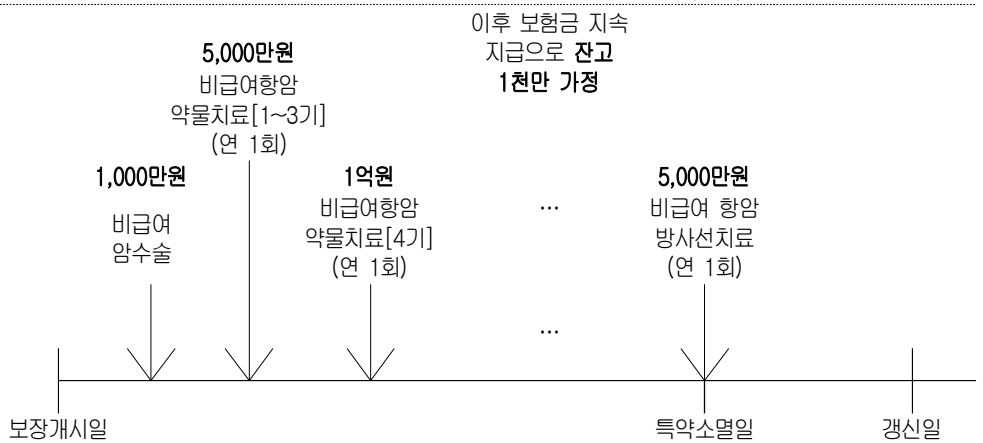
보험금 지급전 잔고	10억	9.9억	9.4억		1천만
보험금 지급후 잔고	9.9억	9.4억	8.4억		**0원 (특약소멸)**
이미 지급한 보험금 합계	1천만	6천만	1.6억	…	10억
지급보험금	1천만	5천만	1억		1천만



③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제10호에 따라 지급해야 할 보험금이 「잔고」보다 큰 경우 「잔고」전액을 보험금으로 지급하며, 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

[제3항 관련 예시]

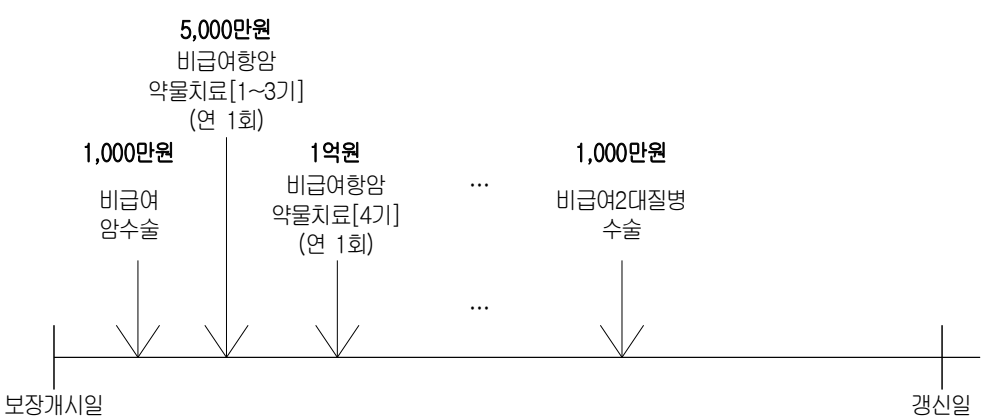
보험금 지급전 잔고	10억	9.9억	9.4억		**1천만**
보험금 지급후 잔고	9.9억	9.4억	8.4억		**0원 (특약소멸)**
이미 지급한 보험금 합계	1천만	6천만	1.6억	…	10억
지급보험금	1천만	5천만	1억		**1천만 (잔고)**



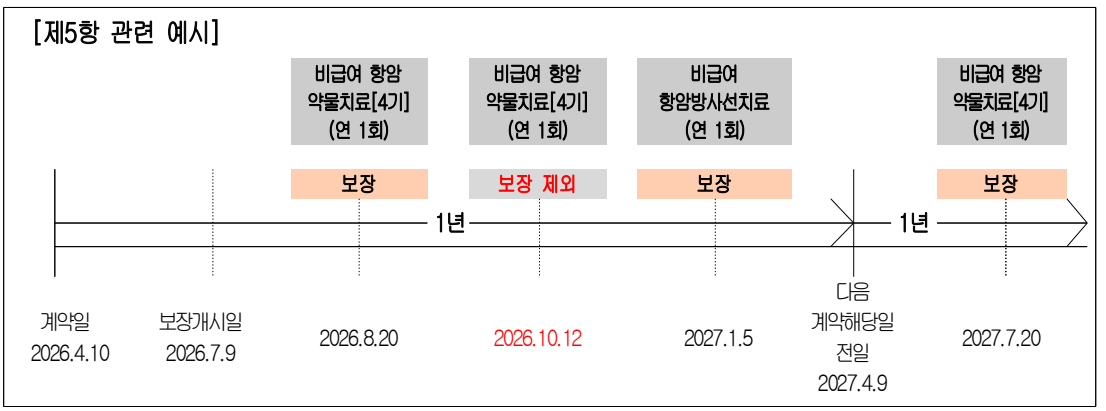
④ 제3항에도 불구하고 「잔고」가 남아있는 경우, 이 특별약관이 갱신될 때마다「보험가입금액」도 새롭게 10억원으로 재설정(리셋, reset)됩니다.

[제4항 관련 예시]

보험금 지급전 잔고	10억	9.9억	9.4억		8.4억		**10억 (리셋)**
보험금 지급후 잔고	9.9억	9.4억	8.4억		8.3억		-
이미 지급한 보험금 합계	1천만	6천만	1.6억	…	1.7억	보험기간 내 **잔고 존재**	**0원 (리셋)**
지급보험금	1천만	5천만	1억		1천만		-



⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제2호 내지 제4호, 제6호 내지 제7호 보장에서 정한 '연간 1회' 한도는 각 호 별로 적용됩니다.



⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 보장의 경우, 같은 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나, 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 하나의 질병수술비만 지급하여 드립니다. 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하여 보험금을 지급하여 드립니다.

용어의 정의

같은 질병이라 함은 동일한 원인으로 발생한 질병으로서, 치료 부위가 다르다고 할지라도 치료의 목적이 동일한 질병일 경우 같은 질병에 해당합니다.

⑦ 제1조(보험금의 지급사유) 제9호 보장에도 불구하고 피보험자가 관혈수술과 비관혈수술을 동시에 받은 경우에는 관혈수술비만 지급합니다.

⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장의 경우, 지급일수는 1회 "수술동반입원"당 세부보장별 입원일수 한도를 따릅니다.

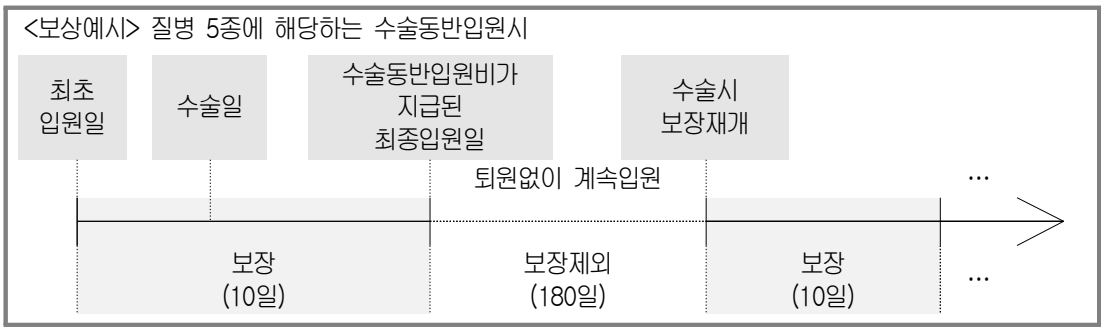
⑨ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장의 경우, 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 '나'목의 수술은 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 입원일수 한도에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술동반입원비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술동반입원비에서 이미 지급한 수술동반입원비를 차감하고 지급합니다.

동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우

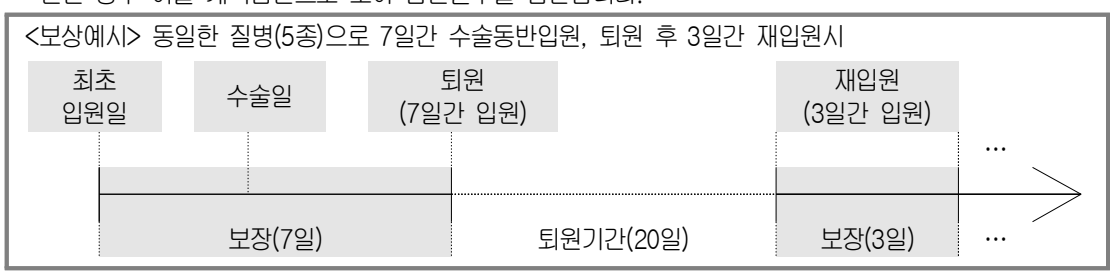
동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 함은 같은 수술실에서 수술 부위와 관계없이 시간적으로 연속하여 두 종류 이상의 수술을 받는 것을 말합니다.

⑩ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장의 경우, 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 "수술"을 받은 경우에는 다른 "수술동반입원"으로 보아 새로운 입원일 1일째 날부터 입원 1일당 보험금을 지급합니다.

⑪ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장의 경우, 다음과 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



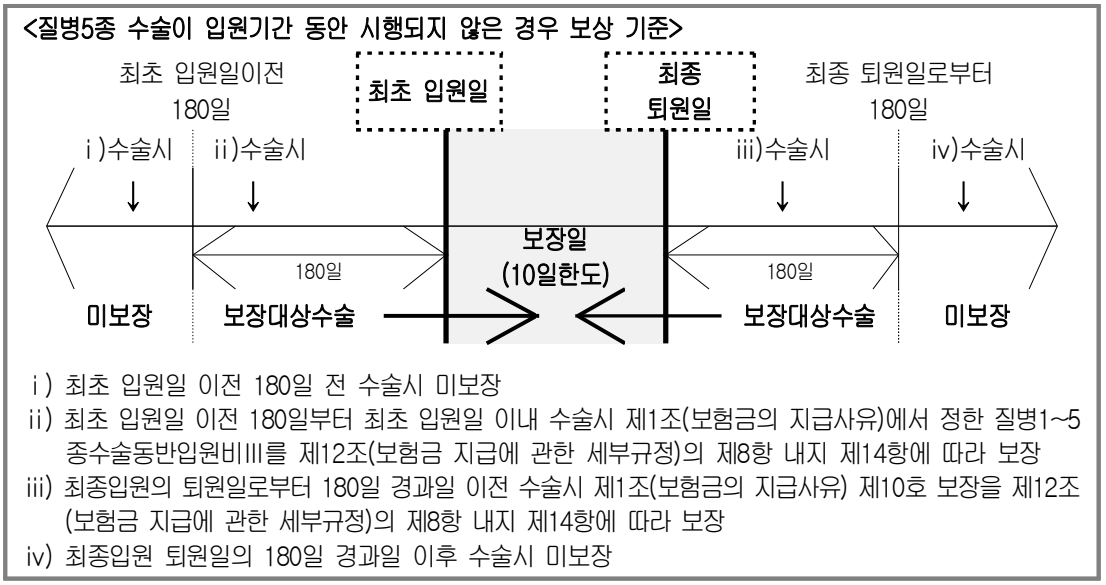
⑫ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장의 경우, “수술” 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다.



⑬ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장의 경우, 피보험자가 보장개시일 이후 “수술동반입원”하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 “수술동반입원”에 대하여는 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제11항은 적용하지 않습니다.

⑭ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장의 경우, 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자의 본인이 자의적으로 입원할 때에는 회사는 보장의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑮ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장의 경우, 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 “최초 입원일 이전 180일부터 최초 입원일 이내” 또는 “최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전” 수술이며, 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우 보험금을 제8항 내지 제14항에 따라 지급합니다. 특히, 같은 질병 치료를 목적으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 제9항에 따라 먼저 한 수술을 기준으로 아래와 같이 보장합니다.



⑯ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 및 제7호의「종합병원 중환자실치료」는 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

⑰ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호에서의「종합병원 중환자실치료」는 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단된 경우에는 이는 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

⑱ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 「뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료」는 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「뇌혈관질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌혈관질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌혈관질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「뇌혈관질환」으로 진단된 경우에는 이는 「뇌혈관질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

⑲ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 「허혈성심질환 종합병원 중환자실치료」는 「허혈성심질환」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「허혈성심질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「허혈성심질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「허혈성심질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

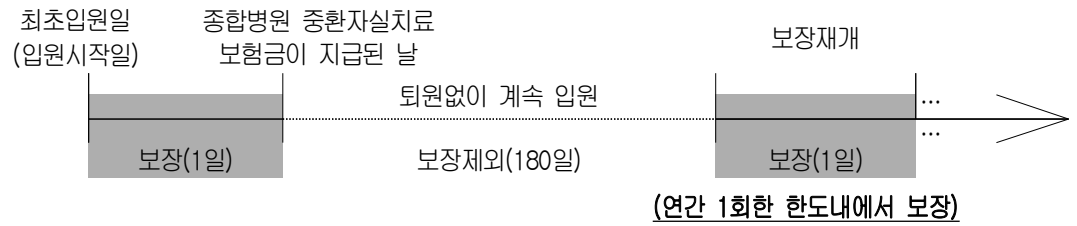
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「허혈성심질환」으로 진단된 경우에는 이는 「허혈성심질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

⑳ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우, 피보험자가 동일한「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 날의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

㉑ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우, 피보험자가 동일한 「뇌혈관질환」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「뇌혈관질환」에 대한 입원이라도 뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

㉒ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우, 피보험자가 동일한 「허혈성심질환」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「허혈성심질환」에 대한 입원이라도 허혈성심질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 허혈성심질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 허혈성심질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시] 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



㉓ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우, 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

㉔ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우, 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

㉕ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우, 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「허혈성심질환」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2027.3.1	보장개시일	-	-
2027.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2027.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2028.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

㉖ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 및 제7호의 경우, 피보험자가 종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 종합병원 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

㉗ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 및 제7호의 경우, 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 종합병원 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

㉘ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 및 제7호의 경우, 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 종합병원 중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

㉙ 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

㉚ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제6조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제12조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자에게 다음에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 「선지급 보험금」을 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여 암수술」 또는 「비급여 항암방사선치료」을 받기 위해 치료일자 예약 후 제14조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니0다.
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」으로 진단 확정되고 「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여 항암약물치료」를 받기 위해 치료일자 예약 후 제14조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

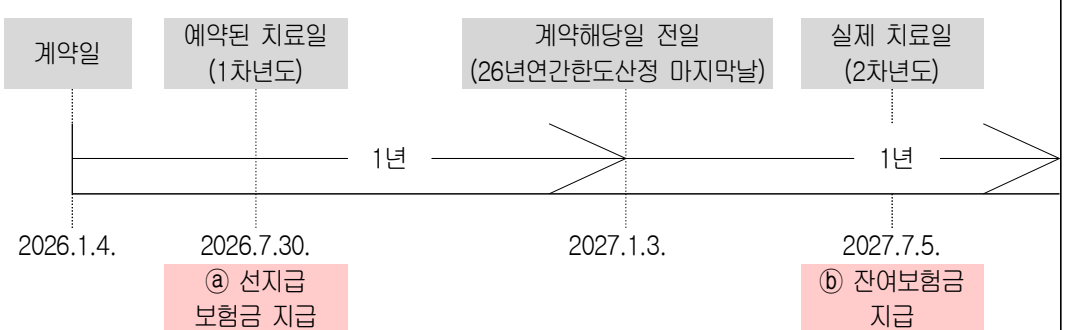
③ 「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.
1. 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제13조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시 】



ⓐ 선지급 보험금 : 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입
ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으

로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제13조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 내지 제8호, 제10호의 경우, 아래 각 호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에도 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 내지 제8호, 제10호의 경우, 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대해서도 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 및 제10호의 경우, 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병수술비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
5. 비만(E66) 수술
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)

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 및 제10호의 경우, 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질

환

5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제14조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 사망진단서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제15조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제16조(특별약관의 취소)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이전에 특별약관을 취소할 수 있으며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약일부터 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」이 발생하였으나 계약자가 특별약관의 취소를 선택하지 않은 때에는 보험계약일부터 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」이 발생한 경우라도, 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호, 제6호 보험금을 지급하지 않습니다.

제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제18조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 「잔고」가 없는 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제19조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

150-2. 플래티넘 건강 리셋월렛II(3대질병고액및중환자실치료,특정질병수술및동반입원)(갱신형_20년) 특별약관

150-2-1. 플래티넘 건강 리셋월렛II(3대질병고액및중환자실치료,특정질병수술및동반입원)(갱신형_20년) 특별약관

150-2-1는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. **비급여(전액본인부담포함) 암수술비** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여 암수술」을 받은 경우 수술 1회당 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 암수술비	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	수술 1회당 500만원
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술 1회당 1,000만원
	갱신 계약	갱신일로부터	수술 1회당 1,000만원

2. **비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료비** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여 항암방사선치료」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료비	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	2,500만원 (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	5,000만원 (연간 1회한)
	갱신 계약	갱신일로부터	5,000만원 (연간 1회한)

3. **비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료비(1~3기암(병기구분불가암포함))** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제3조(「1~3기암(병기구분불가암포함)」 및 「4기암」등의 정의 및 진단확정)에서 정한 「1~3기암(병기구분불가암포함)」으로 진단이 확정되고, 「1~3기암(병기구분불가암포함)」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여 항암약물치료」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료비 [1~3기암 (병기구분불가암포함)]	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	2,500만원 (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	5,000만원 (연간 1회한)
	갱신 계약	갱신일로부터	5,000만원 (연간 1회한)

4. **비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료비(4기암)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제3조(「1~3기암(병기구분불가암포함)」 및 「4기암」등의 정의 및 진단확정)에서 정한「4기암」으로 진단이 확정되고,「4기암」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여 항암약물치료」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료비 [4기암]	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	5,000만원 (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	1억원 (연간 1회한)
	갱신 계약	갱신일로부터	1억원 (연간 1회한)

5. **비급여(전액본인부담포함) 2대질병수술비** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(「2대질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심질환」으로 진단확정되고 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심질환」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여 2대질병수술」을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 2대질병수술비	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	수술 1회당 500만원
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술 1회당 1,000만원
	갱신 계약	갱신일로부터	수술 1회당 1,000만원

6. **암 중환자실치료비(종합병원)(연간1회한)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 「종합병원 중환자실치료」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	지 급 금 액
암 중환자실치료비(종합병원) (연간1회한)	1,000만원 (연간 1회한)

7. **2대질병 중환자실치료비(종합병원)(연간1회한)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(「2대질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심질환」으로 진단확정되고 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심질환」의 치료를 직접적인 목적으로 「종합병원 중환자실치료」를 받은 경우에는 치료구분별로 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	치료구분	지 급 금 액
2대질병 중환자실치료비(종합병원) (연간1회한)	뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료	1,000만원 (연간 1회한)
	허혈성심질환 종합병원 중환자실치료	1,000만원 (연간 1회한)

8. **상급종합병원 질병수술비** : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「상급종합병원」에서 수술을 받은 때에는 수술1회당 아래의 금액을 지급.

구 분	지 급 금 액
상급종합병원 질병수술비	수술1회당 50만원

9. **특정순환계질환수술비** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(「특정순환계질환」의 정의 및 진단확정)에서 정한「특정순환계질환」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술1회당 아래의 금액을 지급.

구 분		경과기간		지급금액
특정순환계질환 수술비	특정순환계질환 관혈수술비	최초계약	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 250만원
			계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 500만원
		갱신계약	갱신일부터	수술1회당 500만원
	특정순환계질환 비관혈수술비	최초계약	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 250만원
			계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 500만원
		갱신계약	갱신일부터	수술1회당 500만원

※ 이 보장은 아래의 총 2개의 세부보장으로 나뉩니다.

보 장
1) 특정순환계질환 관혈수술비 보장 2) 특정순환계질환 비관혈수술비 보장

10. **질병1~5종수술동반입원비Ⅲ** : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 인하여 다음 각 목에 모두 해당하는 경우(이하 “수술동반입원”이라 합니다) 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급.

가. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 계속 입원하여 치료를 받은 경우
나. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(「수술」의 정의와 장소) 제1항 제2호에서 정한 수술을 받는 경우
다. 상기 가목 및 나목은 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.

구 분		지 급 금 액
질병1~5종수술동반입원비III	질병1~5종수술동반입원비III(1종)(1일-2일)	입원 1일당 10만원(2일한도)
	질병1~5종수술동반입원비III(2종)(1일-4일)	입원 1일당 10만원(4일한도)
	질병1~5종수술동반입원비III(3종)(1일-6일)	입원 1일당 10만원(6일한도)
	질병1~5종수술동반입원비III(4종)(1일-8일)	입원 1일당 25만원(8일한도)
	질병1~5종수술동반입원비III(5종)(1일-10일)	입원 1일당 50만원(10일한도)

※ 이 보장은 아래의 총 5개의 세부보장으로 나뉩니다.

보 장
1) 질병1~5종수술동반입원비III(1종)(1일-2일) 보장
2) 질병1~5종수술동반입원비III(2종)(1일-4일) 보장
3) 질병1~5종수술동반입원비III(3종)(1일-6일) 보장
4) 질병1~5종수술동반입원비III(4종)(1일-8일) 보장
5) 질병1~5종수술동반입원비III(5종)(1일-10일) 보장

제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악

성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「1~3기암(병기구분불가암포함)」 및 「4기암」등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「4기」라 함은 아래 각 호 중 하나이상에 해당하는 경우를 말합니다.

1. AJCC(American Joint Committee on Cancer) 제8판 TNM 병기분류상 Stage4에 해당하는 경우
2. FIGO(International Federation of Gynecology and Obstetrics) 분류상 “Stage4”에 해당하는 경우
3. Astler-Coller 분류상 “stage D”에 해당하는 경우
4. Jewett분류상 “stage D”에 해당하는 경우
5. 원발불명암(최초 부위를 알 수 없는 암)이 진단된 경우
6. 한국표준질병사인분류에 있어서 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)으로 진단되면서 원발부위(최초 발생한 부위)가 확인되지 않는 경우
7. 「병기구분 불가암 분류표」(【별표78】 참조)에 해당하는 암으로 진단 확정된 후 원격전이를 동반하여 재발하거나 원격전이 병변이 확인되는 경우
8. 상기 기준이외의 의학계에서 일반적으로 인정되는 병기분류방법으로 객관적인 병리학적 혹은 임상학적 의료기록 등에 근거하여 “TNM 병기 4기”에 준하는 단계라고 진단받은 경우

② 이 특별약관에서「4기암」이라 함은 「4기」에 해당되면서, “「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」”에 해당하는 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「1~3기암(병기구분불가암포함)」이라 함은「4기암」에 해당하지 않으면서, “「암」, 「기타피부암」또는「갑상선암」”에 해당하는 경우를 말합니다.

[병기(암의 진행상태)]
병기란 암의 발견 당시의 진행 상태를 표현하는 말로 1기부터 4기로 분류되며, 암의 진행정도가 심해질수록 숫자가 올라갑니다.

[TNM병기]
임상적으로 각 장기에 발생하는 암을 T는 원발소(primary Tumor), N는 소속림프절(regional lymphNode), M는 원격전이(distant Metastasis)를 나타내는 머리문자를 가지고 표기하고 있습니다.

④ 제1항 내지 제2항에서 정한 「4기암」을 진단함에 있어서 임상학적 병기분류 및 조직학적 병기분류 등을 종합적으로 고려하여 「4기암」 여부를 판단합니다. 다만, 조직학적 병기분류가 불가능한 경우에는 임상학적 병기분류만으로 「4기암」 판단을 할 수 있습니다.

⑤ 제1항에서 AJCC(American Joint Committee on Cancer) 제8판 TNM 병기분류가 개정 등의 사유로 변경된 경우 변경된 TNM 병기분류에 따라 적용합니다.

제4조(「2대질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「2대질병」이라 함은「뇌혈관질환」및「허혈성심질환」을 말합니다.

② 제1항의「뇌혈관질환」이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표19】 참조)에 해당하는 1. 거미막하 출혈,

2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 8. 기타 뇌혈관 질환, 9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 10. 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 제1항의 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

④ 제1항의 「허혈성심질환」이라 함은 「허혈성심질환 분류표」(【별표18】 참조)에 해당하는 허혈성심질환으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 제1항의 「허혈성심질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「허혈성심질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]
Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]
Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]
뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[양전자 방출 단층술(PET)]
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제5조(「비급여 암수술」 등의 정의)

① 이 특별약관에서「비급여 암수술」이라 함은「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 제거하거나 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로「비급여(전액본인부담포함) 수술」을 받은 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서「비급여 항암방사선치료」라 함은「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 제거하거나「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로「비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료」를 받은 경우를 말합니다.
③ 이 특별약관에서「비급여 항암약물치료」라 함은「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」을 제거하거나「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」의 직접적인 치료를 목적으로「비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료」를 받은 경우를 말합니다.
④ 이 특별약관에서「비급여 2대질병수술」이라 함은「2대질병」을 제거하거나「2대질병」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로「비급여(전액본인부담포함) 수술」을 받은 경우를 말합니다.
⑤ 이 특별약관에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.
⑥ 이 특별약관에서 비급여라 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.
⑦ 제1항 및 제4항의「비급여(전액본인부담포함) 수술」은 제6조(「수술」의 정의와 장소)에서 정한 「수술」로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 대상 질병을 제거하거나 대상 질병의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제5항 및 제6항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.
⑧ 제2항의「비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제5항 및 제6항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.
⑨ 제3항의「비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제5항 및 제6항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

제6조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 아래 각 호에서 정한 수술을 말합니다.
1. 제1조(보험금의 지급사유) 제1호, 제5호, 제8호 및 제9호 : 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
2. 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 : 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것으로,「1~5종 수술분류표Ⅳ」(【별표34】 참조)에서 정한 수술을 말합니다.

② 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.
③ 제2항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 및 제10호의 경우에는, 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술 역시「수술」에 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.
④ 제3항의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.
⑤ 이 특별약관에서 「관혈수술」이라 함은 병변부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술을 하는 것을 말하며, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 관혈수술에 준하여 보상합니다.
⑥ 이 특별약관에서 「비관혈수술」이라 함은 「내시경수술」,「카테터수술」,「신의료수술」을 말합니다.

1. 「내시경수술」이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 직접영상(조영제 등을 통한 간접영상은 제외)을 통하여 보면서 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 다만, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 제외합니다.
2. 「카테터수술」 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 '도관을 이용한 약물주입'과 '중심정맥관 삽입술'은 제외합니다.
3. 「신의료수술」 함은 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 '치료적 방사선 조사'를 포함합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 '도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입'과 '중심정맥관 삽입술'은 제외합니다.

⑦ 제1항 내지 제3항의 「수술」은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑧ 제1항의 「수술」에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑨ 제1항 내지 제3항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의
- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제7조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것를 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭스, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

③ 제2항에서 정한「항암약물치료」는 「항암호르몬치료제」를 포함하지 않습니다.

④ 제3항의「항암호르몬치료제」라 함은 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.

용어의 정의
- 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제8조(「입원」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

④ 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

[의료법 제3조의3(종합병원)]

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100 병상 이상 300 병상 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. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 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.

제9조(「특정순환계질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정순환계질환」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「특정순환계질환 분류표」(【별표37】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「특정순환계질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져

야 합니다.

③ 제1항의 「특정순환계질환」 중 「뇌혈관질환」의 진단확정은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

④ 제1항의 「특정순환계질환」 중 「심혈관질환(특정)」의 진단확정은 병력·증상과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

⑤ 제1항의 「특정순환계질환」중「4대혈관질환」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 진단하며, 「특정순환계질환」중 「죽상경화증(뇌, 심장제외)」의 진단확정은 병력·증상과 함께 혈액, 심전도, 혈관 도플러, 경동맥 초음파검사 등 검사결과 상기 질환으로 진단할 수 있는 객관적인 이상 소견을 보이는 경우 진단합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

⑥ 제2항 내지 제5항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「특정순환계질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「특정순환계질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]

Single Photon Emission Computed Tomography. γ선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제10조(「종합병원 중환자실치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「종합병원 중환자실치료」라 함은 의사에 의하여「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「2대질병」으로 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한「종합병원」의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제11조(「보험가입금액」 등의 정의)

① 이 특별약관에서「이미 지급한 보험금 합계액」이라 함은, 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제10호에 따라 지급한 보험금의 합계액을 말합니다.

② 이 특별약관에서「보험가입금액」이라 함은 제1항에서 정한「이미 지급한 보험금 합계액」의 지급한도금액으로써 10억원으로 합니다.

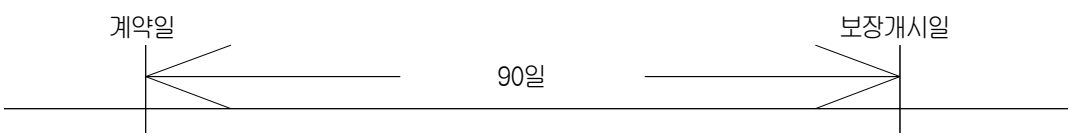
③ 이 특별약관에서「잔고」라 함은 제2항에서 정한 「보험가입금액」에서 제1항의 「이미 지급한 보험금 합계액」을 차감한 금액을 말합니다.

제12조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 최초계약의 경우
   가. 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호, 제6호 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
   나. 제1조(보험금의 지급사유) 제5호, 제7호 내지 제10호 : 보험계약일
2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

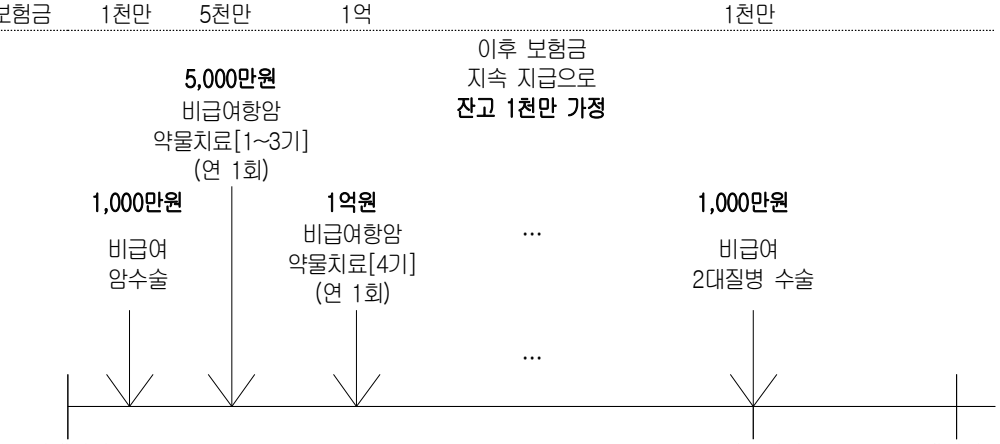
< 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호, 제6호의 보장개시일 > (최초계약에 한함)



② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제10호의 경우,「이미 지급한 보험금 합계액」은「보험가입금액」을 초과할 수 없습니다.

[제2항 관련 예시]

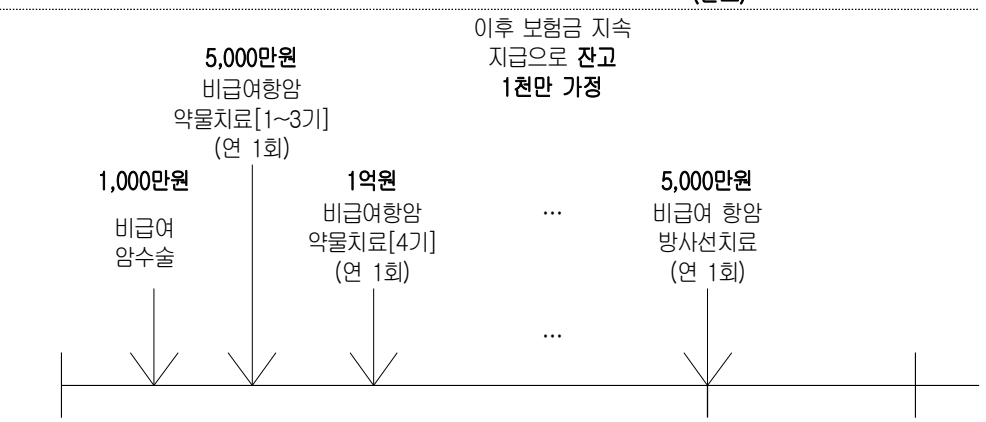
보험금 지급전 잔고	10억	9.9억	9.4억		1천만
보험금 지급후 잔고	9.9억	9.4억	8.4억		**0원 (특약소멸)**
이미 지급한 보험금 합계	1천만	6천만	1.6억	…	10억
지급보험금	1천만	5천만	1억		1천만



③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제10호에 따라 지급해야 할 보험금이 「잔고」보다 큰 경우 「잔고」전액을 보험금으로 지급하며, 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

[제3항 관련 예시]

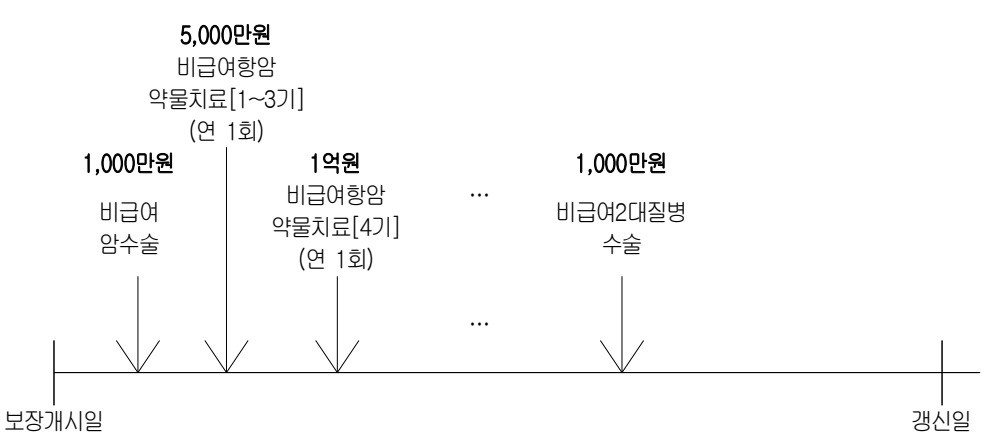
보험금 지급전 잔고	10억	9.9억	9.4억		**1천만**
보험금 지급후 잔고	9.9억	9.4억	8.4억		**0원 (특약소멸)**
이미 지급한 보험금 합계	1천만	6천만	1.6억	…	10억
지급보험금	1천만	5천만	1억		**1천만 (잔고)**



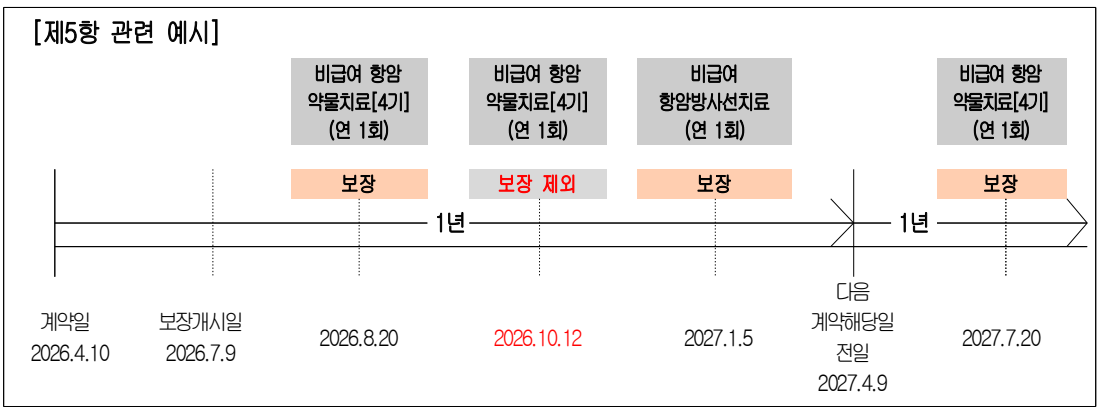
④ 제3항에도 불구하고 「잔고」가 남아있는 경우, 이 특별약관이 갱신될 때마다「보험가입금액」도 새롭게 10억원으로 재설정(리셋, reset)됩니다.

[제4항 관련 예시]

보험금 지급전 잔고	10억	9.9억	9.4억		8.4억		**10억 (리셋)**
보험금 지급후 잔고	9.9억	9.4억	8.4억		8.3억		–
이미 지급한 보험금 합계	1천만	6천만	1.6억	…	1.7억	보험기간 내 **잔고 존재**	**0원 (리셋)**
지급보험금	1천만	5천만	1억		1천만		–



⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제2호 내지 제4호, 제6호 내지 제7호 보장에서 정한 '연간 1회' 한도는 각 호 별로 적용됩니다.



⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 보장의 경우, 같은 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나, 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 하나의 질병수술비만 지급하여 드립니다. 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하여 보험금을 지급하여 드립니다.

용어의 정의

같은 질병이라 함은 동일한 원인으로 발생한 질병으로서, 치료 부위가 다르다고 할지라도 치료의 목적이 동일한 질병일 경우 같은 질병에 해당합니다.

⑦ 제1조(보험금의 지급사유) 제9호 보장에도 불구하고 피보험자가 관혈수술과 비관혈수술을 동시에 받은 경우에는 관혈수술비만 지급합니다.

⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장의 경우, 지급일수는 1회 "수술동반입원"당 세부보장별 입원일수 한도를 따릅니다.

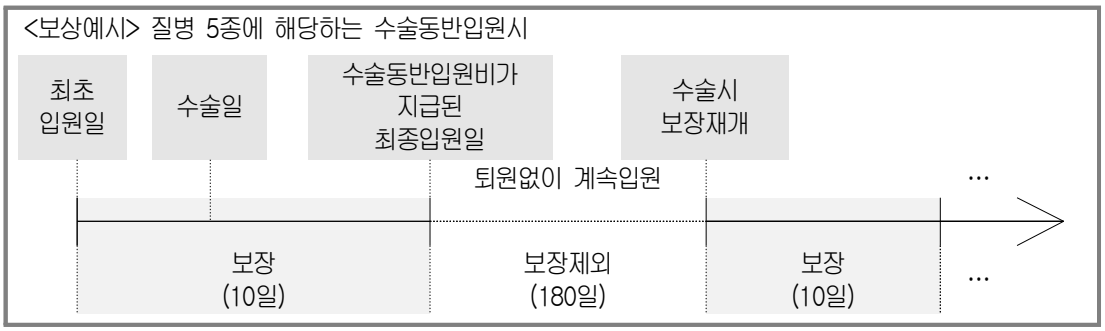
⑨ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장의 경우, 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 '나'목의 수술은 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 입원일수 한도에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술동반입원비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술동반입원비에서 이미 지급한 수술동반입원비를 차감하고 지급합니다.

동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우

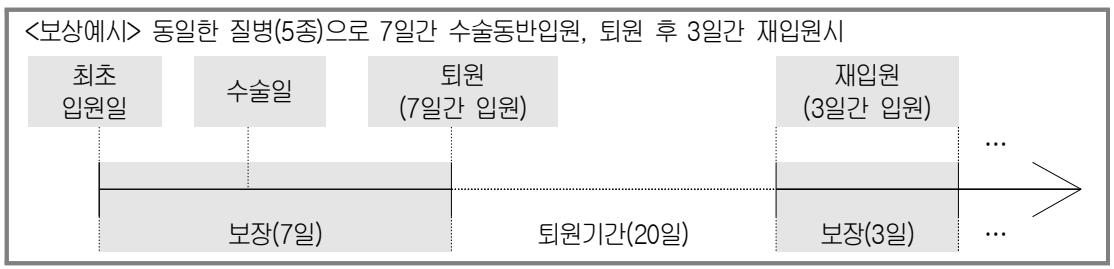
동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 함은 같은 수술실에서 수술 부위와 관계없이 시간적으로 연속하여 두 종류 이상의 수술을 받는 것을 말합니다.

⑩ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장의 경우, 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 "수술"을 받은 경우에는 다른 "수술동반입원"으로 보아 새로운 입원일 1일째 날부터 입원 1일당 보험금을 지급합니다.

⑪ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장의 경우, 다음과 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



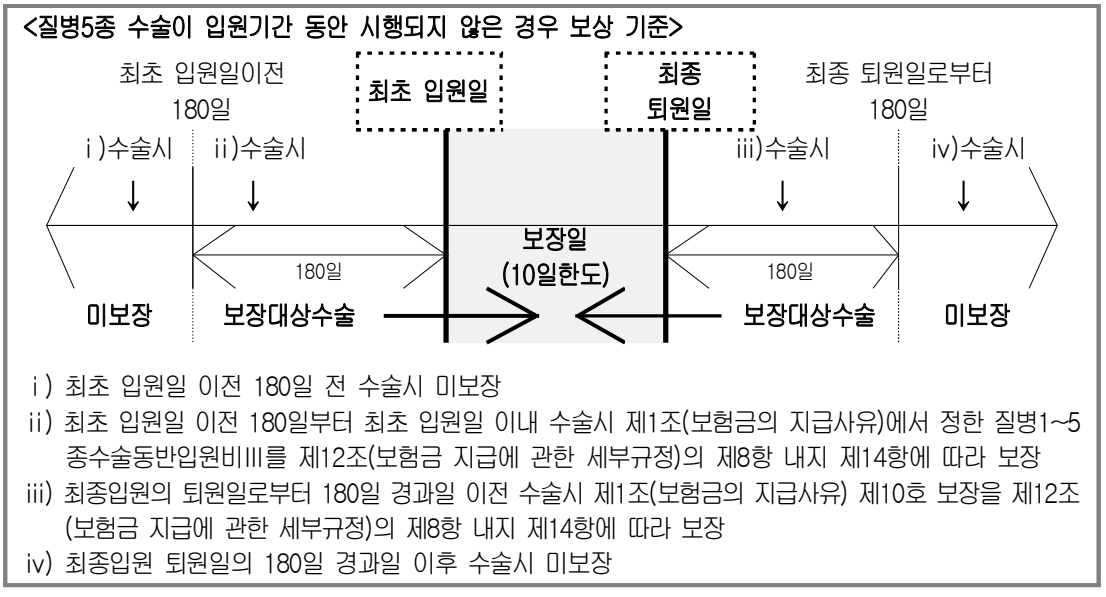
⑫ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장의 경우, “수술” 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다.



⑬ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장의 경우, 피보험자가 보장개시일 이후 “수술동반입원”하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 “수술동반입원”에 대하여는 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제11항은 적용하지 않습니다.

⑭ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장의 경우, 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자의 본인이 자의적으로 입원할 때에는 회사는 보장의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑮ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장의 경우, 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 “최초 입원일 이전 180일부터 최초 입원일 이내” 또는 “최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전” 수술이며, 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우 보험금을 제8항 내지 제14항에 따라 지급합니다. 특히, 같은 질병 치료를 목적으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 제9항에 따라 먼저 한 수술을 기준으로 아래와 같이 보장합니다.



⑯ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 및 제7호의「종합병원 중환자실치료」는 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

⑰ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호에서의「종합병원 중환자실치료」는 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단된 경우에는 이는 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

⑱ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 「뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료」는 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「뇌혈관질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌혈관질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌혈관질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「뇌혈관질환」으로 진단된 경우에는 이는 「뇌혈관질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

⑲ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 「허혈성심질환 종합병원 중환자실치료」는 「허혈성심질환」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「허혈성심질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「허혈성심질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「허혈성심질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

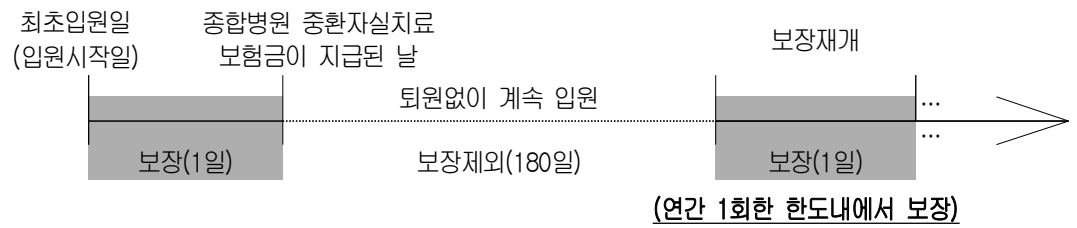
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「허혈성심질환」으로 진단된 경우에는 이는 「허혈성심질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

⑳ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우, 피보험자가 동일한「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 날의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

㉑ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우, 피보험자가 동일한 「뇌혈관질환」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「뇌혈관질환」에 대한 입원이라도 뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

㉒ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우, 피보험자가 동일한 「허혈성심질환」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「허혈성심질환」에 대한 입원이라도 허혈성심질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 허혈성심질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 허혈성심질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시] 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



㉓ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우, 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

㉔ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우, 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

㉕ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우, 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「허혈성심질환」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2027.3.1	보장개시일	-	-
2027.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2027.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2028.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

㉖ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 및 제7호의 경우, 피보험자가 종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 종합병원 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

㉗ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 및 제7호의 경우, 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 종합병원 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

㉘ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 및 제7호의 경우, 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 종합병원 중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

㉙ 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

㉚ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제6조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제12조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자에게 다음에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 「선지급 보험금」을 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여 암수술」 또는 「비급여 항암방사선치료」을 받기 위해 치료일자 예약 후 제14조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니0다.
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」으로 진단 확정되고 「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여 항암약물치료」를 받기 위해 치료일자 예약 후 제14조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

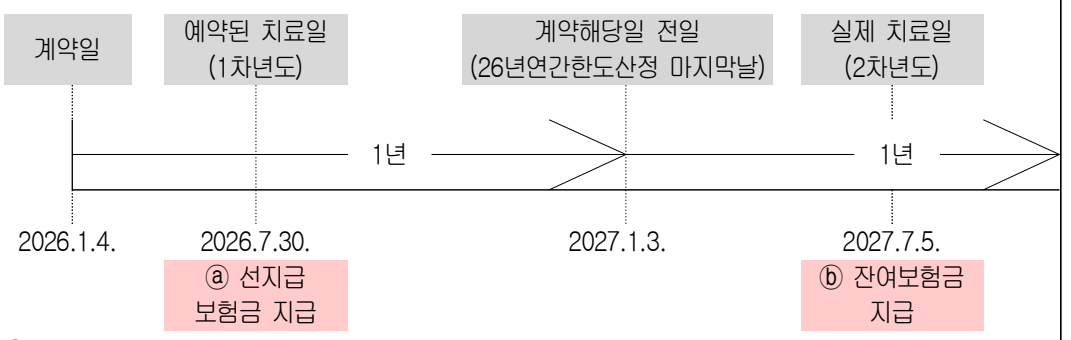
③ 「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.
1. 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제13조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시 】



ⓐ 선지급 보험금 : 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입
ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으

로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제13조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 내지 제8호, 제10호의 경우, 아래 각 호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에도 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 내지 제8호, 제10호의 경우, 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대해서도 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 및 제10호의 경우, 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병수술비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
5. 비만(E66) 수술
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)

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 및 제10호의 경우, 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질

환

5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제14조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서(진료비세부내역서, 사망진단서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
   5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제15조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제16조(특별약관의 취소)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이전에 특별약관을 취소할 수 있으며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약일부터 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」이 발생하였으나 계약자가 특별약관의 취소를 선택하지 않은 때에는 보험계약일부터 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」이 발생한 경우라도, 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호, 제6호 보험금을 지급하지 않습니다.

제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제18조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 「잔고」가 없는 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제19조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

151. 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함)(치료별) 특별약관

151-1. 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함)(치료별)(통합간편가입형) 특별약관
151-2. 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함)(치료별) 특별약관

151-1, 151-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함)(치료별) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 비급여 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우에는 각 세부보장별 지급횟수에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	지 급 금 액	
	계약일부터 1년미만 발생시	계약일부터 1년이후 발생시
비급여 암주요치료비(전액본인부담포함)(치료별)	각 세부보장별 보험가입금액의 50%	각 세부보장별 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장 및 지급횟수는 아래와 같습니다.

세부보장	지급횟수
비급여 암주요치료비(전액본인부담포함)_암수술비(수술당)	수술1회당
비급여 암주요치료비(전액본인부담포함)_항암방사선치료비(연간1회한)	연간1회한
비급여 암주요치료비(전액본인부담포함)_항암약물치료비(연간1회한)	연간1회한

제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서

다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「비급여 암주요치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「비급여 암주요치료」라 함은「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 수술」을 받은 경우
2. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」를 받은 경우
3. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」를 받은 경우

② 「비급여 암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 비급여 암주요치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 단순 호르몬제 치료(다만, 호르몬성 항암치료는 「비급여 암주요치료」에 포함됩니다)

단순 호르몬제 치료

암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.
가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 "비급여 암주요치료"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 이 특별약관에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

④ 이 특별약관에서 비급여라 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.

⑤ 제1항 제1호의 「전액본인부담(비급여포함) 수술」은 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑥ 제1항 제2호의 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑦ 제1항 제3호의 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 항암제의 약제비가 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

용어의 정의

· 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제4조(「암수술」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술」이라 함은 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)

4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑥ 제1항 내지 제2항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함)(치료별)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

< 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함)(치료별)의 보장개시일 >

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.

제6조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 암 주요치료를 받기 위해 치료일자 예약 후 제6조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다. 단, 비급여 암주요치료 중 항암호르몬 약물치료는 「선지급 보험금」 지급대상에서 제외합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

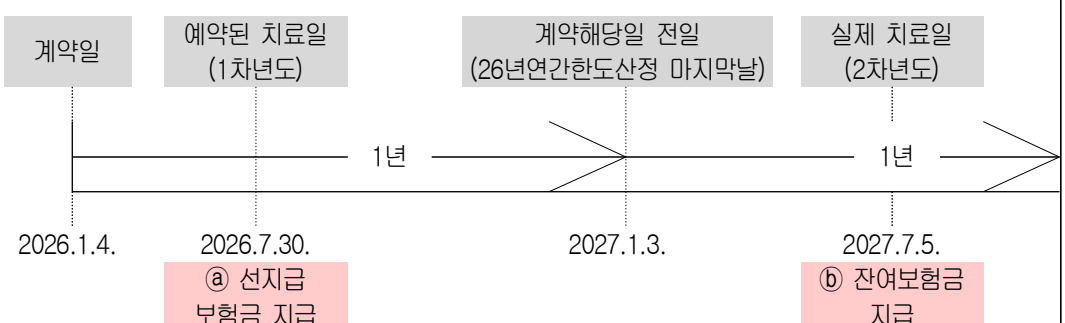
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시(지급횟수가 연간1회한 보장) 】



ⓐ 선지급 보험금 : 연간1회한 보장의 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입

ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에

해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제6조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

152. 암진단비(유사암제외)(5회지급형) 특별약관

152-1. 암진단비(유사암제외)(5회지급형)(통합간편가입형) 특별약관
152-2. 암진단비(유사암제외)(5회지급형) 특별약관
152-3. 암진단비(유사암제외)(5회지급형)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관
152-4. 암진단비(유사암제외)(5회지급형)(갱신형_20년) 특별약관

152-1 및 152-2는 비갱신형으로 운영하며,
152-3 및 152-4는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

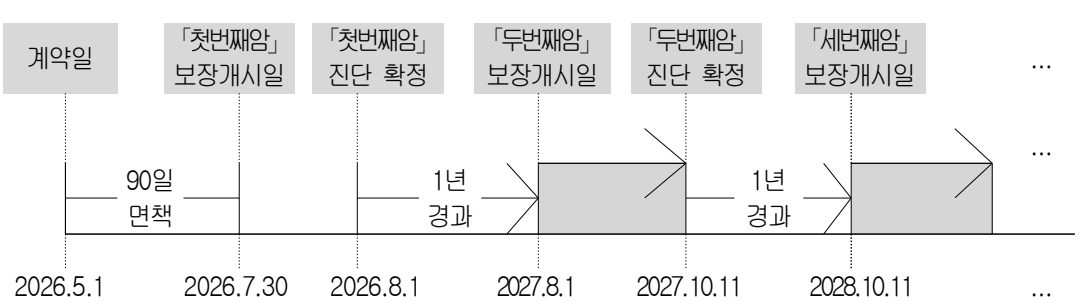
1. 암진단비(유사암제외)(5회지급형) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 「첫번째암」, 「첫번째암 이후 암」각각의 보장개시일 이후 제3조(「첫번째암」및 「첫번째암 이후 암」의 정의 및 진단확정)의「첫번째암」,「두번째암」,「세번째암」,「네번째암」, 「다섯번째암」으로 진단이 확정되었을 때에는 각각 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
암진단비 (유사암제외) (5회지급형)	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

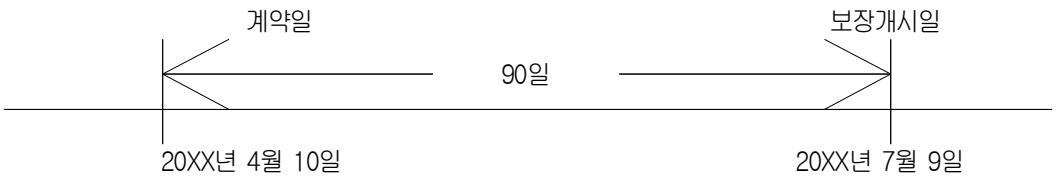
① 제1조(보험금의 지급사유) “암진단비(유사암제외)(5회지급형)”의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.
1.「첫번째암」보장개시일 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2.「첫번째암 이후 암」보장개시일
가.「두번째암」: 「첫번째암」진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날
나.「세번째암」: 「두번째암」진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날
다.「네번째암」: 「세번째암」진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날
라.「다섯번째암」: 「네번째암」진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날

【 “암진단비(유사암제외)(5회지급형)”의 보장개시일 】



② 제1항 제1호의 「첫번째암 보장개시일」의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.
1. 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우
- 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. 갱신형(갱신계약)의 경우
- 이 특별약관의 갱신일

< 첫번째암 보장개시일 >
(비갱신형 및 갱신형(최초계약)에 한함)



③ 피보험자가 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「첫번째암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우 또는「첫번째암 이후 암」보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「첫번째암 이후 암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

④ 피보험자가 보험기간 중 「첫번째암」보장개시일 이후 계약일로부터 1년미만 내「첫번째암」으로 최초 진단확정된 경우에는 보험가입금액의 50%를 지급합니다.

⑤ 피보험자가 보험기간 중 「첫번째암 이후 암」보장개시일 이후「첫번째암 이후 암」으로 최초 진단확정된 경우에는 계약일로부터 진단확정시점과 관계없이 보험가입금액의 100%를 지급합니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(「첫번째암」및「첫번째암 이후 암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「첫번째암」및「첫번째암 이후 암」이라 함은 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제2항에서 정한「첫번째암」및「첫번째암 이후 암」각각의 보장개시일 이후에 처음으로 진단되는「암(유사암제외)」을 말합니다.

② 이 특별약관에서「첫번째암 이후 암」이라 함은「두번째암」,「세번째암」,「네번째암」,「다섯번째암」을 말하며 「두번째암」,「세번째암」,「네번째암」,「다섯번째암」이 다음 각 호의「암(유사암제외)」에 해당하는 경우를 말합니다.

1. 새로운 원발암
2. 전이암
3. 재발암
4. 잔여암

③ 이 특별약관에서「암(유사암제외)」이라 함은 제4항의 「암」에서 제5항의 「유사암」을 제외한 암을 말합니다.

④ 이 특별약관에서「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.
1. 「갑상선암」이라 함은 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 【별표13-2】 「제자리신생물 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 【별표13-3】 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」로 분류되는 질병을 말합니다.

⑥ 제2항에서 「새로운 원발암」이란 원발부위에 발생한 암으로 「첫번째암」 또는 「첫번째암 이후 암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 「암(유사암제외)」(이하 「새로운 원발암」이라 합니다)을 말합니다.

⑦ 제2항에서 「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암(유사암제외)」을 말합니다.

⑧ 제2항에서 「재발암」이란 「첫번째암」 또는 「첫번째암 이후 암」과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 「첫번째 암」 또는 「첫번째암 이후 암」의 암세포를 제거한 후 그 「첫번째암」 또는 「첫번째암 이후 암」으로 인하여 새롭게 「암(유사암제외)」이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 「암(유사암제외)」을 말합니다.

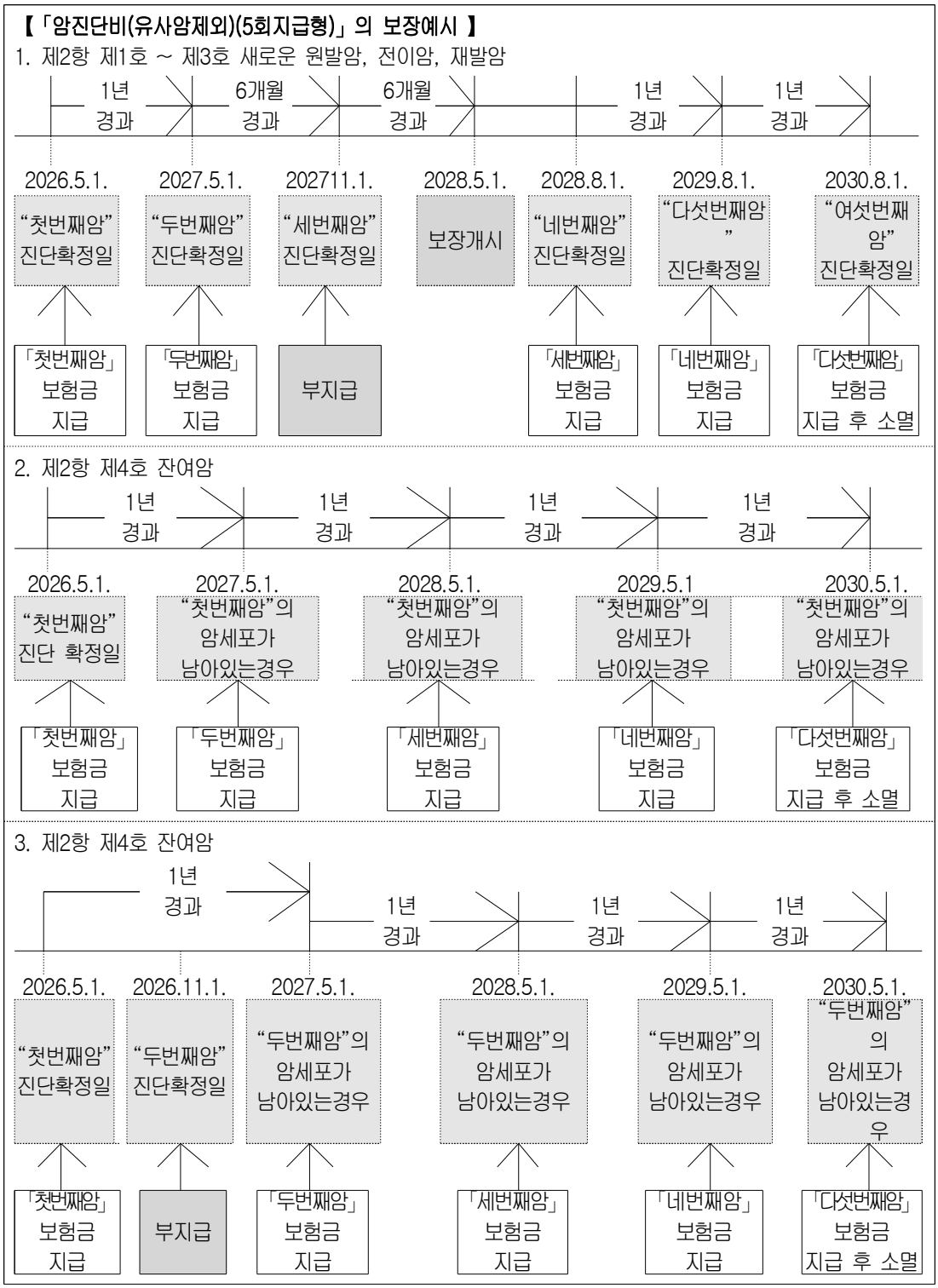
⑨ 제2항에서 「잔여암」이란 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후 발생한 「암(유사암제외)」 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

⑩ 「첫번째암」, 「첫번째암 이후 암」 또는 「유사암」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「첫번째암」, 「첫번째암 이후 암」 또는 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑪ 「첫번째암」, 「유사암」의 경우 제10항에 따른 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「첫번째암」, 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑫ 「첫번째암 이후 암」의 경우 제10항에 따른 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「첫번째암 이후 암」으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 「항암방사선치료」, 「항암약물치료」 또는 「수술」)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외 합니다.

<「제10항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우



제4조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로

치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다.)을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다.)을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

제5조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 「수술」은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 「수술」에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일로부터 1년(갱신계약을 포함합니다)내에「첫번째암 이후 암」으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제7조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제3조(「첫번째암」및「첫번째암 이후 암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다

음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다.

② 제1항에 따라 해지된 특별약관을 부활(효력회복)하는 경우에는 다음 각 호를 적용합니다.

1. 이 특별약관이 해지되기 전에「첫번째암」으로 진단확정 되지 않은 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제2항의 규정을 적용
2. 이 특별약관이 해지되기 전에 이미「첫번째암」또는 「첫번째암 이후 암」으로 진단확정 된 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 직전「암(유사암제외)」의 진단확정일로 하여 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항의 규정을 적용

제9조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

193-3. 암진단비(유사암제외)(5회지급형)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 및 193-4. 암진단비(유사암제외)(5회지급형)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

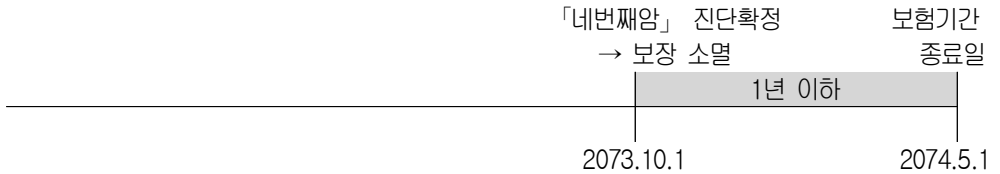
① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외)(5회지급형)의「다섯번째암」보험금이 지급된 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액은 지급하지 않습니다.

② 보험기간 중에 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 소멸되며, 회사는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 해당시점의 이 특별약관의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다. 또한 회사는 이를 계약자 및 피보험자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

1.「첫번째암」또는「첫번째암 이후 암」으로 진단확정 되어, “암진단비(유사암제외)(5회지급형)”가 5회차 미만 지급되고, 보험기간 종료일(갱신형은 갱신종료나이의 계약해당일)까지의 잔여기간이 진단확정일을 포함하여 1년 이하인 경우

【 암진단비(유사암제외)(5회지급형) 보장소멸 예시 】

1.「첫번째암」또는「첫번째암 이후 암」5회차 미만 진단확정 시점에 보험기간 종료일(갱신계약은 최종갱신종료일)까지의 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우



③ 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

153-1. 질병수술비Ⅱ(통합간편가입형) 특별약관

153-1-1. 질병수술비Ⅱ(통합간편가입형) 특별약관

153-1-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 질병수술비Ⅱ : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
질병수술비Ⅱ	계약일로부터 90일미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	계약일로부터 90일이상 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우도 수술로 간주합니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함.
2. 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

③ 제2항 제2호의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.

④ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나, 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 1회에 한하여 하나의 질병수술비만 지급하여 드립니다.

용어의 정의

같은 질병이라 함은 동일한 원인으로 발생한 질병으로서, 치료 부위가 다르다고 할지라도 치료의 목적이 동일한 질병일 경우 같은 질병에 해당합니다.

② 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제2조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병수술비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
5. 비만(E66) 수술
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84,K60~K62,K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산.
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

153-2. 질병수술비Ⅱ 특별약관

153-2-1. 질병수술비Ⅱ 특별약관

153-2-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 질병수술비Ⅱ : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
질병수술비Ⅱ	계약일로부터 90일미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	계약일로부터 90일이상 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우도 수술로 간주합니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함.

2. 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

③ 제2항 제2호의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.

④ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나, 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 1회에 한하여 하나의 질병수술비만 지급하여 드립니다.

용어의 정의

같은 질병이라 함은 동일한 원인으로 발생한 질병으로서, 치료 부위가 다르다고 할지라도 치료의 목적이 동일한 질병일 경우 같은 질병에 해당합니다.

② 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제2조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병수술비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
5. 비만(E66) 수술
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84,K60~K62,K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.
1. 건강검진, 예방접종, 인공유산.
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

154. 암주요치료(유사암제외) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상) 특별약관

154-1. 암주요치료(유사암제외) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상)(통합간편가입형) 특별약관
154-2. 암주요치료(유사암제외) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상) 특별약관

154-1 및 154-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 암주요치료(유사암제외) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 암 주요치료Ⅴ(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 암중환자실치료)의 「연간 암(유사암제외) 주요치료횟수」가 2회이상인 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	연간 암(유사암제외) 주요치료횟수	지 급 금 액	
		보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이후
암주요치료(유사암제외) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상)	2회	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액
	3회이상	이 특별약관 보험가입금액의 75%	이 특별약관 보험가입금액의 150%

2. 위 제1호에도 불구하고, 피보험자가 「연간 암(유사암제외) 주요치료횟수」 2회에 해당하는 보험금을 지급받은 후 「연간 암(유사암제외) 주요치료횟수」3회 이상에 해당하게 된 경우에는 3회 이상에 해당하는 보험금 중에서 이미 지급받은 보험금을 차감하고 지급합니다.

제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제2항의 「암」에서 제3항의 「유사암」을 제외한 암을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

1. 「갑상선암」이라 함은 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 【별표13-2】 「제자리신생물 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 【별표13-3】 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「암 주요치료Ⅴ」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 주요치료Ⅴ」라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 암중환자실치료를 말합니다.

② 「암 주요치료Ⅴ」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. 단순 호르몬제 치료

단순 호르몬제 치료

암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.
가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 「암 주요치료Ⅴ」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

제4조(「암수술」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술」이라 함은 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료

효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑥ 제1항의 「암수술」 내지 제2항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」 등의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)를 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

③「항암약물치료(호르몬치료제외)」라 함은 제2항에서 정한「항암약물치료」중에서 제4항에서 정한 「항암호르몬약물치료」를 제외한 치료를 말합니다.

④「항암호르몬약물치료」라 함은 제2항에서 정한 「항암약물치료」 중에서 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 "호르몬성 항암제"를 말합니다.

1. 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"에서 정한 약효분류번호 421(항악성종양제), 617(주로 악성종양에 작용하는 것)에 해당하는 약제
2. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계에 따라 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터(KPIS)에서 부여한 국내 의약품 ATC코드에서 L02(항악성종양제 및 면역조절제 중 내분비 치료제)에 해당하는 약제

호르몬성 항암제

호르몬의 작용을 억제하거나 조절하여 암세포의 성장을 억제하는 약물

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고, 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"의 개정에 따라 제4항 제1호의 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

⑥ 제4항 제2호에도 불구하고, 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical,

ATC) 의약품 분류체계의 개정으로 제4항 제2호의 "ATC코드"가 폐지 또는 변경되거나, 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터에서 국내 의약품에 대하여 "ATC코드"를 부여하지 않아 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 기준을 따릅니다.

제6조(「암중환자실치료」의 정의)

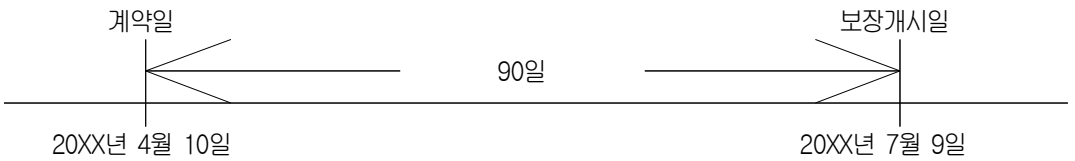
① 이 특별약관에서「암중환자실치료」라 함은 의사에 의하여 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「암(유사암제외)」으로 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 암주요치료(유사암제외) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

< 암주요치료(유사암제외) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상)의 보장개시일 >



② 이 특별약관에서 「암 주요치료Ⅴ」라 함은 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 「암수술」,「항암방사선치료」,「항암약물치료(호르몬치료제외)」 또는 「암중환자실치료」의 치료를 말합니다.

③ 「연간 암(유사암제외) 주요치료횟수」라 함은 피보험자가 「암(유사암제외)」로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 받은 「암 주요치료Ⅴ」의 주요치료항목별 연간치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.

주 요 치 료 항 목	산 정 기 준
암수술	수술1회당
항암방사선치료	연간1회당
항암약물치료(호르몬치료제외)	연간1회당
암중환자실치료	연간1회당

연간 암(유사암제외) 주요치료횟수 산정 예시

예시1)

연간 암수술 1회,
연간 항암방사선치료 1회,
연간 항암약물치료(호르몬치료제외) 1회,
연간 암중환자실치료 1회 시행한 경우

⇒ 연간 암(유사암제외) 주요치료횟수 : 4회 (1회+1회+1회+1회)

예시2)

연간 암수술 0회,
연간 항암방사선치료 2회,
연간 항암약물치료(호르몬치료제외) 1회,
연간 암중환자실치료 2회 시행한 경우

⇒ 연간 암(유사암제외) 주요치료횟수 : 3회 (0회+1회+1회+1회)

예시3)

연간 암수술 2회,
연간 항암방사선치료 0회,
연간 항암약물치료(호르몬치료제외) 1회,
연간 암중환자실치료 3회 시행한 경우

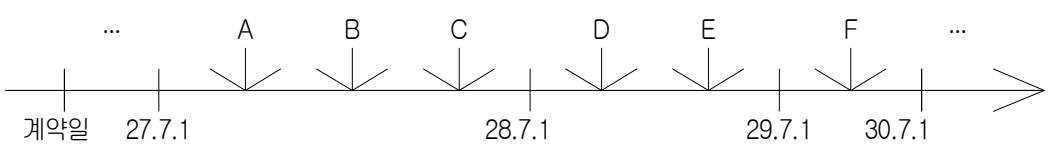
⇒ 연간 암(유사암제외) 주요치료횟수 : 4회 (2회+0회+1회+1회)

④ 제3항의 「연간 암(유사암제외) 주요치료횟수」는 계약해당일을 기준으로 매년 재산정됩니다.

[보험금 지급 예시 (보험가입금액 1,000만원 기준)]

- 특별약관의 계약일 : 2026년 7월 1일
- 암(유사암제외) 진단일 : 2027년 6월 1일

A : 암수술
B : 항암방사선치료
C : 항암약물치료(호르몬치료제외)
D : 암수술
E : 항암방사선치료
F : 항암약물치료(호르몬치료제외)



A : 보험금 미지급(연간 암(유사암제외) 주요치료횟수 1회)
B : 1,000만원 지급(연간 암(유사암제외) 주요치료횟수 2회)
C : 500만원 지급(연간 암(유사암제외) 주요치료횟수 3회)
⇒ 3회 이상에 해당하는 보험금(1,500만원) 중에서 이미 지급받은 보험금(1,000만원)을 차감하고 지급
D : 보험금 미지급(연간 암(유사암제외) 주요치료횟수 1회)
E : 1,000만원 지급(연간 암(유사암제외) 주요치료횟수 2회)
F : 보험금 미지급(연간 암(유사암제외) 주요치료횟수 1회)

⑤ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 암(유사암제외)으로 항암방사선치료를 받은 경우에도 주요치료항목 중 「항암방사선치료」에 한하여 「연간 암(유사암제외) 주요치료횟수」를 1회로 산정합니다.

⑥ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 암(유사암제외)으로 항암약물치료(호르몬치료제외)를 받은 경우에도 주요치료항목 중 「항암약물치료(호르몬치료제외)」에 한하여 「연간 암(유사암제외) 주요치료횟수」를 1회로 산정합니다.

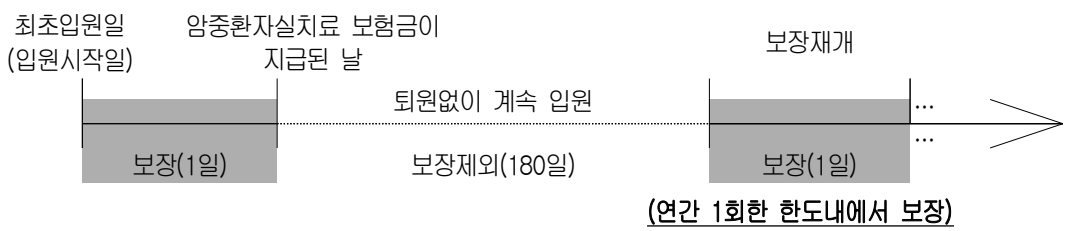
⑦ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 암(유사암제외)으로 중환자실에 입원한 경우에도 주요치료항목 중 「암중환자실치료」에 한하여 「연간 암(유사암제외) 주요치료횟수」를 1회로 산정합니다.

⑧ 제3항의 「암중환자실치료」는 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 "입원시작일"이라 합니다) 기준으로 「연간 암(유사암제외) 주요치료횟수」를 산정합니다. 제3항에 따라 「연간 암(유사암제외) 주요치료횟수」가 재산정 되더라도 동일한 암(유사암제외)에 대한 입원의 경우 재산정 대상에서 제외됩니다.

⑨ 제8항의 「암중환자실치료」는 동일한 암(유사암제외)에 대한 입원이라도 「연간 암(유사암제외) 주요치료횟수」에 산정된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 「연간 암(유사암제외) 주요치료횟수」에 산정된 날로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「연간 암(유사암제외) 주요치료횟수」가 산정된 날의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

⑩ 제9항의 새로운 입원인 경우에도 제3항에 따라 연간1회에 한하여 산정됩니다.

[예시] 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



[예시] 동일한 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 횟수산정여부

예시1)

특별약관의 계약일 : 2026년 6월 23일

날짜	구분	횟수산정 여부	사유
2026.10.1. ~ 2026.10.5	중환자실입원(1차)	인정	-
2027.5.1. ~ 2027.5.5	중환자실입원(2차)	불인정	1차 퇴원 후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(미충족)
2027.7.1. ~ 2027.7.5	중환자실입원(3차)	인정	1차 퇴원후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(충족)

예시2)

특별약관의 계약일 : 2026년 6월 23일

날짜	구분	횟수산정 여부	사유
2027.6.1.~2027.6.5	중환자실입원(1차)	인정	-
2027.8.1.~2027.8.5.	중환자실입원(2차)	불인정	1차 퇴원 후 180일 경과(미충족) 연간 1회한 한도(충족)
2027.12.21.~2028.12.25.	중환자실입원(3차)	인정	1차 퇴원후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(충족)

⑪ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자

와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(유사암제외)으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제11조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

155. 암주요치료(유사암) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상) 특별약관

155-1. 암주요치료(유사암) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상)(통합간편가입형) 특별약관
155-2. 암주요치료(유사암) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상) 특별약관

155-1 및 155-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 암주요치료(유사암) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)에서 정한「유사암」으로 진단확정되고 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으

로 암 주요치료Ⅴ(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 암중환자실치료)의 「연간 유사암 주요치료횟수」가 2회이상인 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	연간 유사암 주요치료횟수	지 급 금 액	
		보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이후
암주요치료(유사암) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상)	2회	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액
	3회이상	이 특별약관 보험가입금액의 75%	이 특별약관 보험가입금액의 150%

2. 위 제1호에도 불구하고, 피보험자가 「연간 유사암 주요치료횟수」 2회에 해당하는 보험금을 지급받은 후 「연간 유사암 주요치료횟수」3회 이상에 해당하게 된 경우에는 3회 이상에 해당하는 보험금 중에서 이미 지급받은 보험금을 차감하고 지급합니다.

제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)

① 「유사암」이라 함은「갑상선암」,「기타피부암」,「제자리암」,「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

1. 「갑상선암」이라 함은「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「암 주요치료Ⅴ」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 주요치료Ⅴ」라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 암중환자실치료를 말합니다.

② 「암 주요치료Ⅴ」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. 단순 호르몬제 치료

단순 호르몬제 치료
암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.
가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 「암 주요치료Ⅴ」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

제4조(「암수술」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술」이라 함은 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받는 것을 말합니다.
② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.
④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
⑤ 제2항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑥ 제1항의 「암수술」 내지 제2항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」 등의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.
② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.
③「항암약물치료(호르몬치료제외)」라 함은 제2항에서 정한「항암약물치료」중에서 제4항에서 정한 「항암

호르몬약물치료」를 제외한 치료를 말합니다.

④「항암호르몬약물치료」라 함은 제2항에서 정한 「항암약물치료」 중에서 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 "호르몬성 항암제"를 말합니다.

1. 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"에서 정한 약효분류번호 421(항악성종양제), 617(주로 악성종양에 작용하는 것)에 해당하는 약제
2. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계에 따라 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터(KPIS)에서 부여한 국내 의약품 ATC코드에서 L02(항악성종양제 및 면역조절제 중 내분비 치료제)에 해당하는 약제

호르몬성 항암제
호르몬의 작용을 억제하거나 조절하여 암세포의 성장을 억제하는 약물

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고, 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"의 개정에 따라 제4항 제1호의 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

⑥ 제4항 제2호에도 불구하고, 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계의 개정으로 제4항 제2호의 "ATC코드"가 폐지 또는 변경되거나, 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터에서 국내 의약품에 대하여 "ATC코드"를 부여하지 않아 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 기준을 따릅니다.

제6조(「암중환자실치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「암중환자실치료」라 함은 의사에 의하여 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「유사암」으로 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에서 「암 주요치료Ⅴ」라 함은 「유사암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 「암수술」,「항암방사선치료」,「항암약물치료(호르몬치료제외)」 또는 「암중환자실치료」의 치료를 말합니다.

② 「연간 유사암 주요치료횟수」라 함은 피보험자가 「유사암」으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 받은 「암 주요치료Ⅴ」의 치료 항목별 연간치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.

주 요 치 료 항 목	산정기준
암수술	수술1회당
항암방사선치료	연간1회당
항암약물치료(호르몬치료제외)	연간1회당
암중환자실치료	연간1회당

[예시] 연간 유사암 주요치료횟수 산정 예시

예시1)

연간 암수술 1회,
연간 항암방사선치료 1회,
연간 항암약물치료(호르몬치료제외) 1회,
연간 암중환자실치료 1회 시행한 경우

⇒ 연간 유사암 주요치료횟수 : 4회 (1회+1회+1회+1회)

예시2)

연간 암수술 0회,
연간 항암방사선치료 2회,
연간 항암약물치료(호르몬치료제외) 1회,
연간 암중환자실치료 2회 시행한 경우

⇒ 연간 유사암 주요치료횟수 : 3회 (0회+1회+1회+1회)

예시3)

연간 암수술 2회,
연간 항암방사선치료 0회,
연간 항암약물치료(호르몬치료제외) 1회,
연간 암중환자실치료 3회 시행한 경우

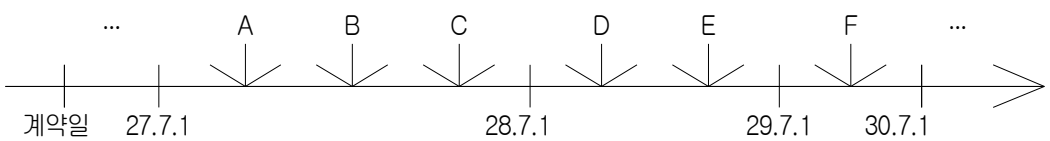
⇒ 연간 유사암 주요치료횟수 : 4회 (2회+0회+1회+1회)

③ 제2항의 「연간 유사암 주요치료횟수」는 계약해당일을 기준으로 매년 재산정됩니다.

[보험금 지급 예시 (보험가입금액 1,000만원 기준)]

- 특별약관의 계약일 : 2026년 7월 1일
- 유사암 진단일 : 2027년 6월 1일

A : 암수술
B : 항암방사선치료
C : 항암약물치료(호르몬치료제외)
D : 암수술
E : 항암방사선치료
F : 항암약물치료(호르몬치료제외)



A : 보험금 미지급(연간 유사암 주요치료횟수 1회)
B : 1,000만원 지급(연간 유사암 주요치료횟수 2회)
C : 500만원 지급(연간 유사암 주요치료횟수 3회)
⇒ 3회 이상에 해당하는 보험금(1,500만원) 중에서 이미 지급받은 보험금(1,000만원)을 차감하고 지급
D : 보험금 미지급(연간 유사암 주요치료횟수 1회)
E : 1,000만원 지급(연간 유사암 주요치료횟수 2회)
F : 보험금 미지급(연간 유사암 주요치료횟수 1회)

④ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 유사암으로 항암방사선치료를 받은 경우에도 주요치료항목 중 「항암방사선치료」에 한하여 「연간 유사암 주요치료횟수」를 1회로 산정합니다.

⑤ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 유사암으로 항암약물치료(호르몬치료제외)를 받은 경우에도 주요치료항목 중 「항암약물치료(호르몬치료제외)」에 한하여 「연간 유사암 주요치료횟수」를 1회로 산정합니다.

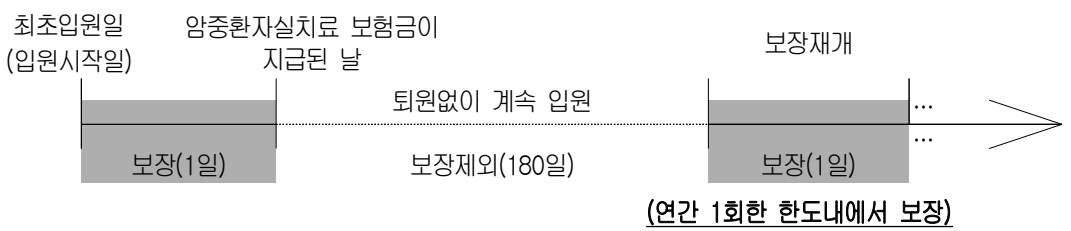
⑥ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 유사암으로 중환자실에 입원한 경우에도 주요치료항목 중 「암중환자실치료」에 한하여 「연간 유사암 주요치료횟수」를 1회로 산정합니다.

⑦ 제2항의 「암중환자실치료」는 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 "입원시작일"이라 합니다) 기준으로 「연간 유사암 주요치료횟수」를 산정합니다. 제3항에 따라 「연간 유사암 주요치료횟수」가 재산정 되더라도 동일한 유사암에 대한 입원의 경우 재산정 대상에서 제외됩니다.

⑧ 제7항의 「암중환자실치료」는 동일한 유사암에 대한 입원이라도 「연간 유사암 주요치료횟수」에 산정된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 「연간 유사암 주요치료횟수」에 산정된 날로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「연간 유사암 주요치료횟수」가 산정된 날의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

⑨ 제8항의 새로운 입원인 경우에도 제2항에 따라 연간1회에 한하여 산정됩니다.

[예시] 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



[예시] 동일한 유사암의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 횟수산정여부

예시1)

특별약관의 계약일 : 2026년 6월 23일

날짜	구분	횟수산정 여부	사유
2026.10.1. ~ 2026.10.5	중환자실입원(1차)	인정	-
2027.5.1. ~ 2027.5.5	중환자실입원(2차)	불인정	1차 퇴원 후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(미충족)
2027.7.1. ~ 2027.7.5	중환자실입원(3차)	인정	1차 퇴원후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(충족)

예시2)

특별약관의 계약일 : 2026년 6월 23일

날짜	구분	횟수산정 여부	사유
2027.6.1.~2027.6.5	중환자실입원(1차)	인정	-
2027.8.1.~2027.8.5.	중환자실입원(2차)	불인정	1차 퇴원 후 180일 경과(미충족) 연간 1회한 한도(충족)
2027.12.21.~2028.12.25.	중환자실입원(3차)	인정	1차 퇴원후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(충족)

⑩ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에

규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑫ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

156-1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비II(연간주요치료 2회및3회이상)(통합간편가입형) 특별약관

156-1-1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비II(연간주요치료 2회및3회이상)(통합간편가입형) 특별약관

156-1-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비II(연간주요치료 2회및3회이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「순환계질환(특정질병제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료II」의 정의)에서 정한「순환계질환(특정질병제외) 주요치료II」(수술, 혈전제거치료, 혈전용해치료, 중환자실 치료)의 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」가 2회 이상인 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	연간 순환계질환 (특정질병제외) 주요치료횟수	지 급 금 액		
		보험계약일로부터 90일 미만	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이후
순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비II (연간주요치료 2회및3회이상)	2회	이 특별약관 보험가입금액의 10%	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액
	3회이상	이 특별약관 보험가입금액의 15%	이 특별약관 보험가입금액의 75%	이 특별약관 보험가입금액의 150%

2. 위 제1호에도 불구하고, 피보험자가 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」 2회에 해당하는

보험금을 지급받은 후 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」3회 이상에 해당하게 된 경우에는 3회 이상에 해당하는 보험금 중에서 이미 지급받은 보험금을 차감하고 지급합니다.

제2조(「순환계질환(특정질병제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 분류표」(【별표84】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서「특정질병」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서「특정순환계질환Ⅱ 분류표」(【별표85】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③「순환계질환(특정질병제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 혈액검사(혈액 중 심장효소검사 등), 뇌척수액 검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가「순환계질환(특정질병제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이「순환계질환(특정질병제외)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」의 정의)

이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」라 함은「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「수술」을 받은 경우
2.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전제거치료」를 받은 경우
3.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우
4.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「중환자실 치료」를 받은 경우

제4조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

8. 혈관 조영술, 중심정맥관 삽입술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「혈전제거치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전제거치료」라 함은 의사가 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.
② 「혈전제거술」이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제6조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사가「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
② 제1항의「혈전용해제」라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.
③ 제2항의「혈전용해제」를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은「혈전용해치료」에서 제외됩니다.

제7조(「중환자실 치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「중환자실 치료」라 함은 의사에 의하여「순환계질환(특정질병제외)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에「순환계질환(특정질병제외)」으로 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.
② 제1항의 중환자실이라 함은「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에서 「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」라 함은 「순환계질환(특정질병제외)」 의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 「수술」,「혈전제거치료」,「혈전용해치료」또는 「중환자실 치료」의 치료를 말합니다.
② 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」라 함은 피보험자가 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 받은 「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」의 치료 항목별 연간치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.

주 요 치 료 항 목	산정기준
수술	수술1회당
혈전제거치료	연간1회당
혈전용해치료	연간1회당
중환자실 치료	연간1회당

[예시] 연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 산정 예시

예시1)

연간 수술 1회,
연간 혈전제거치료 1회,
연간 혈전용해치료 1회,
연간 중환자실 치료 1회 시행한 경우

⇒ 연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 : 4회 (1회+1회+1회+1회)

예시2)

연간 수술 0회,
연간 혈전제거치료 2회,
연간 혈전용해치료 1회,
연간 중환자실 치료 2회 시행한 경우

⇒ 연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 : 3회 (0회+1회+1회+1회)

예시3)

연간 수술 2회,
연간 혈전제거치료 0회,
연간 혈전용해치료 1회,
연간 중환자실 치료 3회 시행한 경우

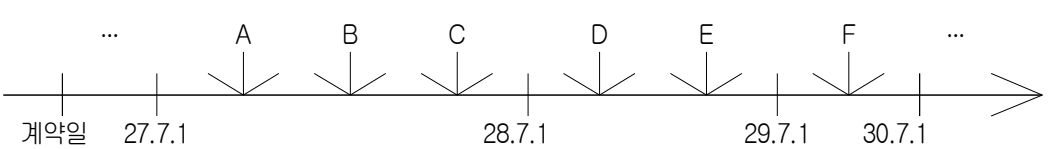
⇒ 연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 : 4회 (2회+0회+1회+1회)

③ 제2항의 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」는 계약해당일을 기준으로 매년 재산정됩니다.

[보험금 지급 예시 (보험가입금액 1,000만원 기준)]

- 특별약관의 계약일 : 2026년 7월 1일

A : 수술
B : 혈전제거치료
C : 혈전용해치료
D : 수술
E : 혈전제거치료
F : 혈전용해치료



A : 보험금 미지급(연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 1회)
B : 1,000만원 지급(연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 2회)
C : 500만원 지급(연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 3회)
⇒ 3회 이상에 해당하는 보험금(1,500만원) 중에서 이미 지급받은 보험금(1,000만원)을 차감하고 지급
D : 보험금 미지급(연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 1회)
E : 1,000만원 지급(연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 2회)
F : 보험금 미지급(연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 1회)

④ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 순환계질환(특정질병제외)으로 혈전제거치료를 받은 경우에도 주요치료항목 중 「혈전제거치료」에 한하여 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」를 1회로 산정합니다.

⑤ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 순환계질환(특정질병제외)으로 혈전용해치료를 받은 경우에도 주요치료항목 중 「혈전용해치료」에 한하여 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」를 1회로 산정합니다.

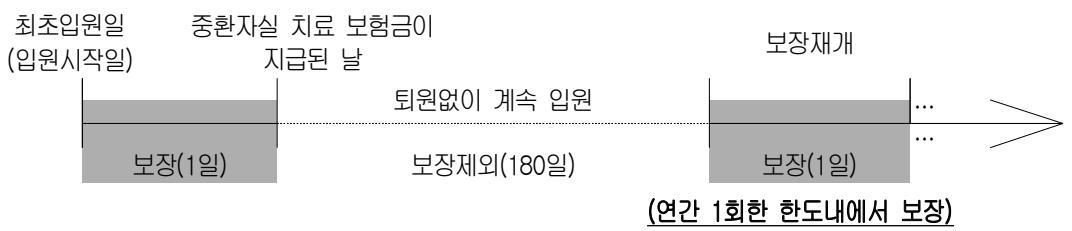
⑥ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 순환계질환(특정질병제외)으로 중환자실에 입원한 경우에도 주요치료항목 중 「순환계질환(특정질병제외) 중환자실치료」에 한하여 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」를 1회로 산정합니다.

⑦ 제2항의 「중환자실 치료」는 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 "입원시작일"이라 합니다) 기준으로 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」를 산정합니다. 제3항에 따라 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」가 재산정 되더라도 동일한 순환계질환(특정질병제외)에 대한 입원의 경우 재산정 대상에서 제외됩니다.

⑧ 제7항의 「중환자실 치료」는 동일한 순환계질환(특정질병제외)에 대한 입원이라도 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」에 산정된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」에 산정된 날로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」가 산정된 날의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

⑨ 제8항의 새로운 입원인 경우에도 제2항에 따라 연간1회에 한하여 산정됩니다.

[예시] 중환자실 치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



[예시] 동일한 순환계질환(특정질병제외)의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 횟수산정여부

예시1)

특별약관의 계약일 : 2026년 6월 23일

날짜	구분	횟수산정 여부	사유
2026.10.1. ~ 2026.10.5	중환자실입원(1차)	인정	-
2027.5.1. ~ 2027.5.5	중환자실입원(2차)	불인정	1차 퇴원 후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(미충족)
2027.7.1. ~ 2027.7.5	중환자실입원(3차)	인정	1차 퇴원후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(충족)

예시2)

특별약관의 계약일 : 2026년 6월 23일

날짜	구분	횟수산정 여부	사유
2027.6.1.~2027.6.5	중환자실입원(1차)	인정	-
2027.8.1.~2027.8.5.	중환자실입원(2차)	불인정	1차 퇴원 후 180일 경과(미충족) 연간 1회한 한도(충족)
2027.12.21.~2028.12.25.	중환자실입원(3차)	인정	1차 퇴원후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(충족)

⑩ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑫ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

156-2. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비II(연간주요치료 2회및3회이상) 특별약관

156-2-1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비II(연간주요치료 2회및3회이상) 특별약관

156-2-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비II(연간주요치료 2회및3회이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「순환계질환(특정질병제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단확정되고「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료II」의 정의)에서 정한「순환계질환(특정질병제외) 주요치료II」(수술, 혈전제거치료, 혈전용해치료, 중환자실 치료)의 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」가 2회 이상인 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	연간 순환계질환 (특정질병제외) 주요치료횟수	지 급 금 액		
		보험계약일로부터 90일 미만	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이후
순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비II (연간주요치료 2회및3회이상)	2회	이 특별약관 보험가입금액의 10%	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액
	3회이상	이 특별약관 보험가입금액의 15%	이 특별약관 보험가입금액의 75%	이 특별약관 보험가입금액의 150%

2. 위 제1호에도 불구하고, 피보험자가 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」 2회에 해당하는 보험금을 지급받은 후 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」3회 이상에 해당하게 된 경우에는 3회 이상에 해당하는 보험금 중에서 이미 지급받은 보험금을 차감하고 지급합니다.

제2조(「순환계질환(특정질병제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 분류표」(【별표84】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서「특정질병」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서「특정순환계질환II 분류표」(【별표85】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③「순환계질환(특정질병제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 혈액검사(혈액 중 심장효소검사 등), 뇌척수액 검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가「순환계질환(특정질병제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이「순환계질환(특정질병제외)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료II」의 정의)

이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외) 주요치료II」라 함은「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「수술」을 받은 경우
2.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전제거치료」를 받은 경우
3.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우
4.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「중환자실 치료」를 받은 경우

제4조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료

효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
8. 혈관 조영술, 중심정맥관 삽입술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「혈전제거치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전제거치료」라 함은 의사가 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

②「혈전제거술」이라 함은 “혈관으로부터 혈전을 제거하는 것”을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제6조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사가「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항의「혈전용해제」라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항의「혈전용해제」를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은「혈전용해치료」에서 제외됩니다.

제7조(「중환자실 치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「중환자실 치료」라 함은 의사에 의하여「순환계질환(특정질병제외)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에「순환계질환(특정질병제외)」으로 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에서 「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」라 함은 「순환계질환(특정질병제외)」으로 진

단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 「수술」,「혈전제거치료」,「혈전용해치료」또는 「중환자실 치료」의 치료를 말합니다.

② 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」라 함은 피보험자가 「순환계질환(특정질병제외)」로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 받은 「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」의 치료 항목별 연간치료 횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.

주 요 치 료 항 목	산정기준
수술	수술1회당
혈전제거치료	연간1회당
혈전용해치료	연간1회당
중환자실 치료	연간1회당

[예시] 연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 산정 예시

예시1)
연간 수술 1회,
연간 혈전제거치료 1회,
연간 혈전용해치료 1회,
연간 중환자실 치료 1회 시행한 경우
⇒ 연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 : 4회 (1회+1회+1회+1회)

예시2)
연간 수술 0회,
연간 혈전제거치료 2회,
연간 혈전용해치료 1회,
연간 중환자실 치료 2회 시행한 경우
⇒ 연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 : 3회 (0회+1회+1회+1회)

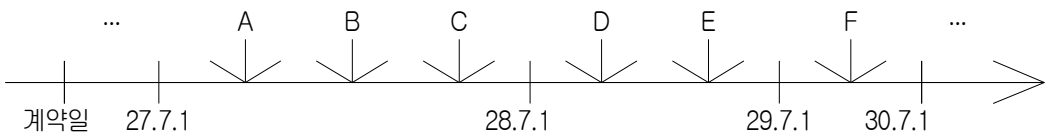
예시3)
연간 수술 2회,
연간 혈전제거치료 0회,
연간 혈전용해치료 1회,
연간 중환자실 치료 3회 시행한 경우
⇒ 연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 : 4회 (2회+0회+1회+1회)

③ 제2항의 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」는 계약해당일을 기준으로 매년 재산정됩니다.

[보험금 지급 예시 (보험가입금액 1,000만원 기준)]

- 특별약관의 계약일 : 2026년 7월 1일
- 순환계질환(특정질병제외) 진단일 : 2027년 6월 1일

A : 수술
B : 혈전제거치료
C : 혈전용해치료
D : 수술
E : 혈전제거치료
F : 혈전용해치료



A : 보험금 미지급(연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 1회)
B : 1,000만원 지급(연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 2회)
C : 500만원 지급(연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 3회)
⇒ 3회 이상에 해당하는 보험금(1,500만원) 중에서 이미 지급받은 보험금(1,000만원)을 차감하고 지급
D : 보험금 미지급(연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 1회)
E : 1,000만원 지급(연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 2회)
F : 보험금 미지급(연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 1회)

④ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 순환계질환(특정질병제외)으로 혈전제거치료를 받은 경우에도 주요치료항목 중 「혈전제거치료」에 한하여 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」를 1회로 산정합니다.

⑤ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 순환계질환(특정질병제외)으로 혈전용해치료를 받은 경우에도 주요치료항목 중 「혈전용해치료」에 한하여 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」를 1회로 산정합니다.

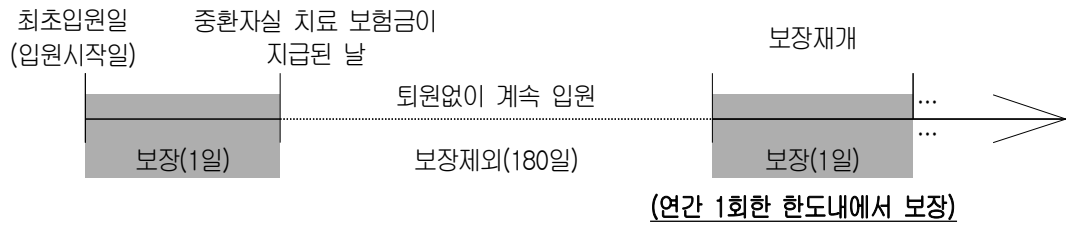
⑥ 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 순환계질환(특정질병제외)으로 중환자실에 입원한 경우에도 주요치료항목 중 「순환계질환(특정질병제외) 중환자실치료」에 한하여 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」를 1회로 산정합니다.

⑦ 제2항의 「중환자실 치료」는 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 “입원시작일”이라 합니다) 기준으로 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」를 산정합니다. 제3항에 따라 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」가 재산정 되더라도 동일한 순환계질환(특정질병제외)에 대한 입원의 경우 재산정 대상에서 제외됩니다.

⑧ 제7항의 「중환자실 치료」는 동일한 순환계질환(특정질병제외)에 대한 입원이라도 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」에 산정된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」에 산정된 날로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」가 산정된 날의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

⑨ 제8항의 새로운 입원인 경우에도 제2항에 따라 연간1회에 한하여 산정됩니다.

[예시] 중환자실 치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



[예시] 동일한 순환계질환(특정질병제외)의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 횟수산정여부

예시1)

특별약관의 계약일 : 2026년 6월 23일

날짜	구분	횟수산정 여부	사유
2026.10.1. ~ 2026.10.5	중환자실입원(1차)	인정	-
2027.5.1. ~ 2027.5.5	중환자실입원(2차)	불인정	1차 퇴원 후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(미충족)
2027.7.1. ~ 2027.7.5	중환자실입원(3차)	인정	1차 퇴원후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(충족)

예시2)

특별약관의 계약일 : 2026년 6월 23일

날짜	구분	횟수산정 여부	사유
2027.6.1.~2027.6.5	중환자실입원(1차)	인정	-
2027.8.1.~2027.8.5.	중환자실입원(2차)	불인정	1차 퇴원 후 180일 경과(미충족) 연간 1회한 한도(충족)
2027.12.21.~2028.12.25.	중환자실입원(3차)	인정	1차 퇴원후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(충족)

⑩ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑫ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

157-1. 질병수술비(특정8대질병제외)(통합간편가입형) 특별약관

157-1-1. 질병수술비(특정8대질병제외)(통합간편가입형) 특별약관

157-1-1은 비갱신형으로 운영합니다,

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 질병수술비(특정8대질병제외) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병(특정8대질병제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
질병수술비(특정8대질병제외)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「특정8대질병」의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에서 「특정8대질병」이라 함은 「특정8대질병 분류표」(【별표82】참조)에 해당하는 1. 바이러스결막염, 2. 맥립종 및 콩다래끼, 3. 결막염, 4. 외이염, 5. 귀통증 및 귀의 삼출액, 6. 티눈 및 굳은살, 7. 용종, 8. 백내장을 말합니다.

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우도 수술로 간주합니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함
2. 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술
   다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

③ 제2항 제2호의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.

④ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)

2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나, 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 1회에 한하여 하나의 질병수술비(특정8대질병제외)만 지급하여 드립니다. 질병수술(특정8대질병제외)을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

용어의 정의
같은 질병이라 함은 동일한 원인으로 발생한 질병으로서, 치료 부위가 다르다고 할지라도 치료의 목적이 동일한 질병일 경우 같은 질병에 해당합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제3조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병수술비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)

4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
5. 비만(E66) 수술
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. 바이러스결막염, 맥립종 및 콩다래끼, 결막염, 외이염, 귀통증 및 귀의 삼출액, 티눈 및 굳은살, 용종, 백내장 (「특정8대질병 분류표」【별표82】참조)

③ 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.
1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

157-2. 질병수술비(특정8대질병제외)Ⅱ 특별약관

157-2-1. 질병수술비(특정8대질병제외)Ⅱ 특별약관

157-2-1은 비갱신형으로 운영합니다,

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 질병수술비(특정8대질병제외)Ⅱ : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(특정8대질병제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
질병수술비(특정8대질병제외)Ⅱ	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「특정8대질병」의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에서 「특정8대질병」이라 함은 「특정8대질병 분류표」(【별표82】 참조)에 해당하는 1. 바이러스결막염, 2. 맥립종 및 콩다래끼, 3. 결막염, 4. 외이염, 5. 귀통증 및 귀의 삼출액, 6. 티눈 및 굳은살, 7. 용종, 8. 백내장을 말합니다.

제3조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우도 수술로 간주합니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함
2. 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

③ 제2항 제2호의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.

④ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나, 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 1회에 한하여 하나의 질병수술비(특정8대질병제외)만 지급하여 드립니다. 질병수술(특정8대질병제외)을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

용어의 정의
같은 질병이라 함은 동일한 원인으로 발생한 질병으로서, 치료 부위가 다르다고 할지라도 치료의 목적이 동일한 질병일 경우 같은 질병에 해당합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제3조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병수술비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
5. 비만(E66) 수술
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. 바이러스결막염, 맥립종 및 콩다래끼, 결막염, 외이염, 귀통증 및 귀의 삼출액, 티눈 및 굳은살, 용종, 백

내장 (「특정8대질병 분류표」【별표82】참조)

③ 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

158-1. 상급종합병원 질병수술비(특정6대질병Ⅱ제외)(통합간편가입형) 특별약관

158-1-1. 상급종합병원 질병수술비(특정6대질병Ⅱ제외)(통합간편가입형) 특별약관

158-1-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원 질병수술비(특정6대질병Ⅱ제외) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병(특정6대질병Ⅱ제외)의 치료를 직접적인 목적으로 「상급종합병원」에서 수술을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
상급종합병원 질병수술비(특정6대질병Ⅱ제외)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「특정6대질병Ⅱ」의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에서 「특정6대질병Ⅱ」이라 함은 「특정6대질병Ⅱ 분류표」(【별표81】참조)에 해당하는 1. 바이러스결막염, 2. 맥립종 및 콩다래끼, 3. 결막염, 4. 외이염, 5. 귀통증 및 귀의 삼출액, 6. 티눈 및 굳은살을 말합니다.

제3조(「상급종합병원」의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제4조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우도 수술로 간주합니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함
2. 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

③ 제2항 제2호의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.

④ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어의 정의

- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나, 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 1회에 한하여 하나의 상급종합병원 질병수술비(특정6대질병Ⅱ제외)만 지급하여 드립니다. 상급종합병원 질병수술(특정6대질병Ⅱ제외)을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

용어의 정의

같은 질병이라 함은 동일한 원인으로 발생한 질병으로서, 치료 부위가 다르다고 할지라도 치료의 목적이 동일한 질병일 경우 같은 질병에 해당합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제4조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병수술비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
5. 비만(E66) 수술
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. 바이러스결막염, 맥립종 및 콩다래끼, 결막염, 외이염, 귀통증 및 귀의 삼출액, 티눈 및 굳은살 (「특정6대질병Ⅱ 분류표」【별표81】참조)

③ 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

158-2. 상급종합병원 질병수술비(특정6대질병Ⅱ제외)Ⅱ 특별약관

158-2-1. 상급종합병원 질병수술비(특정6대질병Ⅱ제외)Ⅱ 특별약관

158-2-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원 질병수술비(특정6대질병Ⅱ제외)Ⅱ : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(특정6대질병Ⅱ제외)의 치료를 직접적인 목적으로「상급종합병원」에서 수술을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
상급종합병원 질병수술비(특정6대질병Ⅱ제외)Ⅱ	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「특정6대질병Ⅱ」의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에서 「특정6대질병Ⅱ」이라 함은 「특정6대질병Ⅱ 분류표」(【별표81】참조)에 해당하는 1. 바이러스결막염, 2. 맥립종 및 콩다래끼, 3. 결막염, 4. 외이염, 5. 귀통증 및 귀의 삼출액, 6. 티눈 및 굳은살을 말합니다.

제3조(「상급종합병원」의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제4조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우도 수술로 간주합니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함
2. 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술
   다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

③ 제2항 제2호의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.

④ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나, 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 1회에 한하여 하나의 상급종합병원 질병수술비(특정6대질병Ⅱ제외)만 지급하여 드립니다. 상급종합병원 질병수술(특정6대질병Ⅱ제외)을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

용어의 정의

같은 질병이라 함은 동일한 원인으로 발생한 질병으로서, 치료 부위가 다르다고 할지라도 치료의 목적이 동일한 질병일 경우 같은 질병에 해당합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제4조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드

는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병수술비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
5. 비만(E66) 수술
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. 바이러스결막염, 맥립종 및 콩다래끼, 결막염, 외이염, 귀통증 및 귀의 삼출액, 티눈 및 굳은살 (「특정6대질병Ⅱ 분류표」【별표81】참조)

③ 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

159. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한,진단후10년) 특별약관

159-1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)(통합간편가입형) 특별약관

159-2. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한,진단훈10년) 특별약관

159-1 및 159-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한,진단후10년) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 「보험금 지급기간」이내에 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「상급종합병원」,「국립암센터」,「원자력의학원」에서 암 주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우에는 아래의 금액을 지급. 다만, 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)는 최초 진단확정일로부터 최대 10년간, 연간1회를 한도로 지급(최대 10회 지급)

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제2항의 「암」에서 제3항의 「유사암」을 제외한 암을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표13-1】「악성신생물(암) 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신

생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.
1. 「갑상선암」이라 함은 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 【별표13-2】 「제자리신생물 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 【별표13-3】 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우, 「암」, 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「암 주요치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 주요치료」라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료를 말합니다.

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. 단순 호르몬제 치료(다만, 호르몬성 항암치료는 「암 주요치료」에 포함합니다)

단순 호르몬제 치료
암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.
가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 「암 주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 「암 주요치료」로 봅니다.

<호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조>
③ '말기환자'란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제4조(「암수술」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술」이라 함은 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑥ 제1항 내지 제4항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

제6조(「상급종합병원」의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제7조(국립암센터의 정의)

이 특별약관에서 「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말합니다.

[암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)]

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

[암관리법 제29조(부속기관의 설치)]

① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

제8조(원자력의학원의 정의)

이 특별약관에서 「원자력의학원」이라 함은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 제13조의3(분원 또는 부설기관)에서 정한 한국원자력의학원의 부속병원을 말합니다.

[방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립)]

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원을 설립한다.

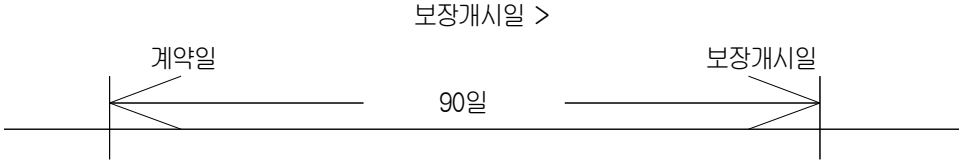
[방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의3(분원 또는 부설기관)]

① 의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

제9조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

< 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)의 보장개시일 >



② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 「암(유사암제외)」의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「보험금 지급기간」이라 함은 「암(유사암제외)」최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

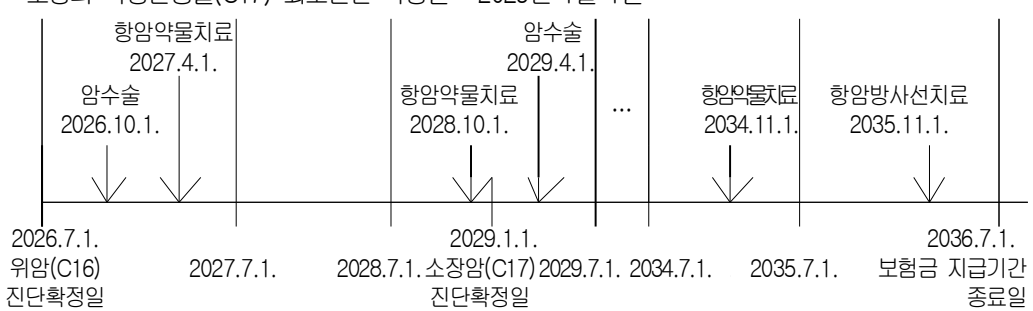
⑤ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 암(유사암제외)으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)를 보장합니다.

⑥ 회사는 피보험자가 암 주요치료(암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)만 지급합니다.

⑦ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 계약일로부터 1년미만 내 「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정된 경우에는 「보험금 지급기간」 중 암 주요치료를 받은 시점이 계약일로부터 1년 이후에 해당하더라도 각 차년도별 지급금액은 보험가입금액의 50%를 지급합니다.

[보험금 지급 예시1] ※ 상급종합병원,국립암센터,원자력의학원 치료에 한함

- 보험계약일로부터 1년미만 내 「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정된 경우
- 보험계약일 : 2026년 3월 1일, 30년만기
- 보험가입금액 1,000만원 기준
- 위의 악성신생물(C16) 최초진단 확정일 : 2026년 7월 1일
- 소장의 악성신생물(C17) 최초진단 확정일 : 2029년 1월 1일



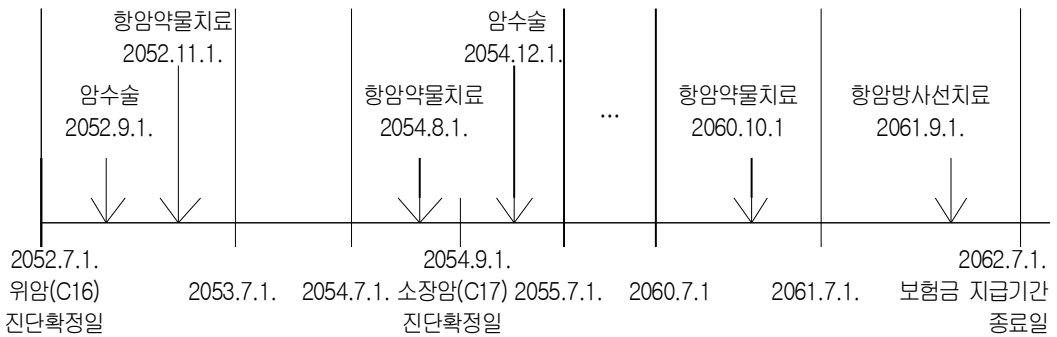
- 암 최초진단 후 암 주요치료시, 지급예시

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
암수술(C16) 500만원 지급 (50% 지급)	-	항암약물치료(C16) 500만원 지급 (50% 지급)	…	항암약물치료(C17) 500만원 지급 (50% 지급)	항암방사선치료(C17) 500만원 지급 (50% 지급)
항암약물치료(C16) 미지급 (연간1회한도 초과)	-	암수술(C17) 미지급 (연간1회한도 초과)	…	-	

※ 위암(C16) 최초 진단확정일(2026년 7월 1일) 이후에 소장암(C17)을 최초 진단받더라도 「보험금 지급기간」은 위암(C16) 최초 진단확정일(2026년 7월 1일)로부터 10년입니다.

[보험금 지급 예시2] ※ 상급종합병원,국립암센터,원자력의학원 치료에 한함

- 보험계약일 : 2026년 7월 1일, 30년만기
- 보험가입금액 1,000만원 기준
- 위의 악성신생물(C16) 최초진단 확정일 : 2052년 7월 1일
- 소장의 악성신생물(C17) 최초진단 확정일 : 2054년 9월 1일



- 암 최초진단 후 암 주요치료시, 지급예시

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
암수술(C16) 1,000만원	-	항암약물치료(C16) 1,000만원 지급	…	항암약물치료(C17) 1,000만원 지급	항암방사선치료(C17) 1,000만원 지급
항암약물치료(C16) 미지급 (연간1회한도 초과)	-	암수술(C17) 미지급 (연간1회한도 초과)	…	-	-

※ 위암(C16) 최초 진단확정일(2051년 7월 1일) 이후에 소장암(C17)을 최초 진단받더라도 「보험금 지급기간」은 위암(C16) 최초 진단확정일(2051년 7월 1일)로부터 10년입니다.

제10조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제11조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(유사암제외)으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제13조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

① 이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 제26조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 보장개시일 이후에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정된 경우 차회 이후부터 이 특별약관의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제14조(특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급기간」이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제15조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암(유사암제외)으로 최초 진단 확정 받고 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항에서 정한 보험금 지급기간이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제16조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

160. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비(유사암)(연간1회한,진단후10년) 특별약관

160-1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비(유사암)(연간1회한,진단후10년)(통합간편가입형) 특별약관

160-2. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비(유사암)(연간1회한,진단후10년) 특별약관

160-1 및 160-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비(유사암)(연간1회한,진단후10년): 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)에서 정한「유사암」으로 진단확정되고 「보험금 지급기간」이내에「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 「상급종합병원」,「국립암센터」,「원자력의학원」에서 암 주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우에는 아래의 금액을 지급. 다만, 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비(유사암)(연간1회한,진단후10년)는 최초 진단확정일로부터 최대 10년간, 연간1회를 한도로 지급(최대 10회 지급)

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
상급종합병원 (국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비 (유사암)(연간1회한,진단후10년)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)

① 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

1. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「암 주요치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 주요치료」라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료를 말합니다.

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. 단순 호르몬제 치료(다만, 호르몬성 항암치료는 「암 주요치료」에 포함합니다)

단순 호르몬제 치료

암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.
가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 「암 주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 "암 주요치료"로 봅니다.

<호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조>
③ '말기환자'란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제4조(「암수술」 등의 정의)

① 이 특별약관에서「암수술」이라 함은「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로「수술」을 받는 것을 말합니다.
② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.
④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
⑤ 제2항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
⑥ 제1항 내지 제4항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.
② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

제6조(「상급종합병원」의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제7조(국립암센터의 정의)

이 특별약관에서 「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말합니다.

[암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)]

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

[암관리법 제29조(부속기관의 설치)]

① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

제8조(원자력의학원의 정의)

이 특별약관에서 「원자력의학원」이라 함은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 제13조의3(분원 또는 부설기관)에서 정한 한국원자력의학원의 부속병원을 말합니다.

[방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립)]

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원을 설립한다.

[방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의3(분원 또는 부설기관)]

① 의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

제9조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서「연간」이라 함은「유사암」의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서「보험금 지급기간」이라 함은「유사암」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

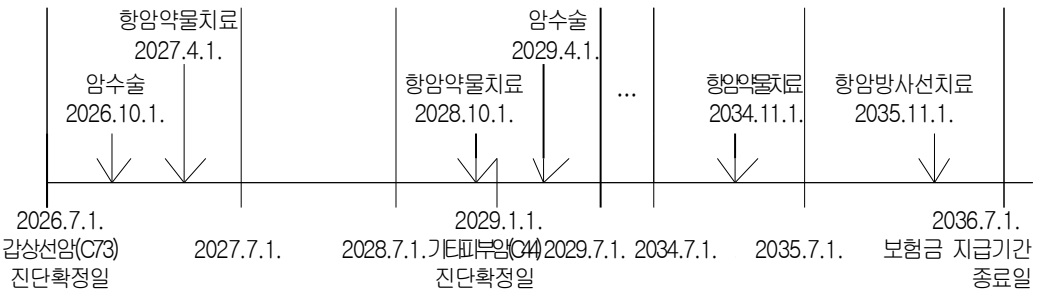
④ 피보험자가 보험기간 중「유사암」으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비(유사암)(연간1회한,진단후10년)를 보장합니다.

⑤ 회사는 피보험자가 암 주요치료(암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비(유사암)(연간1회한,진단후10년)만 지급합니다.

⑥ 피보험자가 보험기간 중 계약일로부터 1년미만 내 「유사암」으로 최초 진단확정된 경우에는 「보험금 지급기간」 중 암 주요치료를 받은 시점이 계약일로부터 1년 이후에 해당하더라도 각 차년도별 지급금액은 보험가입금액의 50%를 지급합니다.

[보험금 지급 예시1] ※ 상급종합병원,국립암센터,원자력의학원 치료에 한함

- 보험계약일로부터 1년미만 내「유사암」으로 최초 진단확정된 경우
- 보험계약일 : 2026년 3월 1일, 30년만기
- 보험가입금액 200만원 기준
- 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2026년 7월 1일
- 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2029년 1월 1일



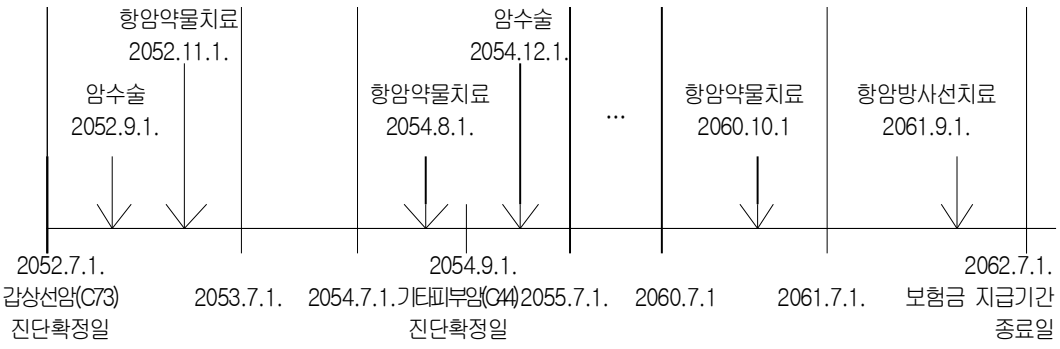
- 암 최초진단 후 암 주요치료시, 지급예시

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
암수술(C73) 100만원 지급 (50% 지급)	-	항암약물치료(C73) 100만원 지급 (50% 지급)	…	항암약물치료(C44) 100만원 지급 (50% 지급)	항암방사선치료(C44) 100만원 지급 (50% 지급)
항암약물치료(C73) 미지급 (연간1회한도 초과)	-	암수술(C44) 미지급 (연간1회한도 초과)	…	-	

※ 갑상선암(C73) 최초 진단확정일(2026년 7월 1일) 이후에 기타피부암(C44)을 최초 진단받더라도 「보험금 지급기간」은 갑상선암(C73) 최초 진단확정일(2026년 7월 1일)로부터 10년입니다.

[보험금 지급 예시2] ※ 상급종합병원,국립암센터,원자력의학원 치료에 한함

- 보험계약일 : 2026년 7월 1일, 30년만기
- 보험가입금액 200만원 기준
- 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2052년 7월 1일
- 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2054년 9월 1일



- 갑상선암, 기타피부암 최초진단 후 암주요치료시, 지급예시

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
암수술(C73) 200만원 지급	-	항암약물치료(C73) 200만원 지급	…	항암약물치료(C44) 200만원 지급	항암방사선치료(C44) 200만원 지급
항암약물치료(C73) 미지급 (연간1회한도 초과)	-	암수술(C44) 미지급 (연간1회한도 초과)	…	-	-

※ 갑상선암(C73) 최초 진단확정일(2052년 7월 1일) 이후에 기타피부암(C44)을 최초 진단받더라도 「보험금 지급기간」은 갑상선암(C73) 최초 진단확정일(2052년 7월 1일)로부터 10년입니다.

제10조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제11조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

① 이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 제26조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「유사암」으로 최초 진단확정된 경우 차회 이후부터 이 특별약관의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제12조(특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「유사암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급기간」 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제13조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 「유사암」으로 최초 진단 확정 받고 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에서 정한 보험금 지급기간이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

161. 암주요치료비IV(유사암)(치료별) 특별약관

161-1. 암주요치료비IV(유사암)(치료별)(통합간편가입형) 특별약관
161-2. 암주요치료비IV(유사암)(치료별) 특별약관

161-1 및 161-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 암주요치료비IV(유사암)(연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)에서 정한「유사암」으로 진단확정되고 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 암 주요치료III(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 항암호르몬약물치료, 암중환자실치료)를 받은 경우에는 각 치료구분별 지급횟수에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	치료구분	지급횟수	지 급 금 액	
			계약일로부터 1년미만 발생시	계약일로부터 1년미만 발생시
암주요치료비IV(유사암)(치료별)	암수술	수술1회당	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액
	항암방사선치료	연간1회한	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액
	항암약물치료(호르몬치료제외)	연간1회한	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액
	항암호르몬약물치료	연간1회한	이 특별약관 보험가입금액의 x 25%	이 특별약관 보험가입금액의 x 50%
	암중환자실치료	연간1회한	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)

① 「유사암」이라 함은「갑상선암」,「기타피부암」,「제자리암」,「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

1. 「갑상선암」이라 함은「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「암 주요치료Ⅲ」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 주요치료Ⅲ」라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 항암호르몬약물치료, 암중환자실치료를 말합니다.

②「암 주요치료Ⅲ」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. 단순 호르몬제 치료(다만, 호르몬성 항암치료는 「암 주요치료Ⅲ」에 포함됩니다)

단순 호르몬제 치료
암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.
가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 “암 주요치료Ⅲ”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

제4조(「암수술」등의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술」이라 함은 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑥ 제1항 내지 제2항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」 등의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

③「항암약물치료(호르몬치료제외)」라 함은 제2항에서 정한「항암약물치료」중에서 제4항에서 정한 「항암호르몬약물치료」를 제외한 치료를 말합니다.

④「항암호르몬약물치료」라 함은 제2항에서 정한 「항암약물치료」 중에서 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 "호르몬성 항암제"를 말합니다.

1. 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"에서 정한 약효분류번호 421(항악성종양제), 617(주로 악성종양에 작용하는 것)에 해당하는 약제
2. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계에 따라 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터(KPIS)에서 부여한 국내 의약품 ATC코드에서 L02(항악성종양제 및 면역조절제 중 내분비 치료제)에 해당하는 약제

호르몬성 항암제
호르몬의 작용을 억제하거나 조절하여 암세포의 성장을 억제하는 약물

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고, 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"의 개정에 따라 제4항 제1호의 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

⑥ 제4항 제2호에도 불구하고, 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계의 개정으로 제4항 제2호의 "ATC코드"가 폐지 또는 변경되거나, 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터에서 국내 의약품에 대하여 "ATC코드"를 부여하지 않아 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 기준을 따릅니다.

제6조(「암중환자실치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「암중환자실치료」라 함은 의사에 의하여 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「유사암」으로 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)

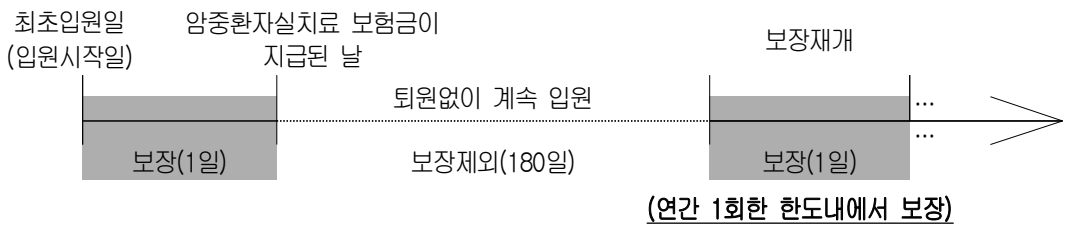
① 제1조(보험금의 지급사유)의 「암중환자실치료」는 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원

시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 「암중환자실치료」는 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「유사암」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「유사암」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「유사암」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「유사암」으로 진단된 경우에는 이는 「유사암」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 동일한 「유사암」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「유사암」에 대한 입원이라도 암중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시] 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



④ 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	-
2026.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2026.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2027.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑤ 피보험자가 종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 암중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일

까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제7조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「유사암」으로 진단 확정되고 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 암 주요치료Ⅲ를 받기 위해 치료일자 예약 후 제7조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다. 단, 암 주요치료Ⅲ 중 암중환자실치료 및 항암호르몬약물치료는 「선지급 보험금」지급대상에서 제외합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

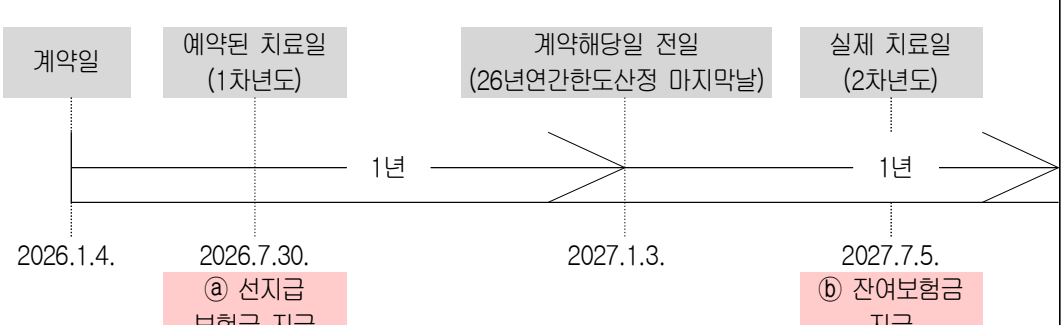
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시(지급횟수가 연간1회한 보장) 】



ⓐ 선지급 보험금 : 연간1회한 보장의 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입

ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으

로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.
⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.
⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.
⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제7조의3(보험금의 청구)
① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)
이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

162. 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)(연간1회한,진단후10년) 특별약관
162-1. 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)(통합간편가입형) 특별약관
162-2. 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)(연간1회한,진단후10년) 특별약관

162-1 및 162-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합

니다.

1. 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)(연간1회한,진단후10년) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 「보험금 지급기간」이내에 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 암 주요치료Ⅳ(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외))를 받은 경우에는 아래의 금액을 지급. 다만, 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)는 최초 진단확정일로부터 최대 10년간, 연간1회를 한도로 지급(최대 10회 지급)

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
암주요치료비Ⅱ(유사암제외) (연간1회한,진단후10년)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제2항의 「암」에서 제3항의 「유사암」을 제외한 암을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.
1. 「갑상선암」이라 함은 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 【별표13-2】 「제자리신생물 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 【별표13-3】 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우, 「암」, 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「암 주요치료Ⅳ」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 주요치료Ⅳ」라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외)를 말합니다.

②「암 주요치료Ⅳ」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

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. 제1호 내지 제4호 이외의 “암 주요치료Ⅳ”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 “암 주요치료Ⅳ”로 봅니다.

<호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조>

③ ‘말기환자’란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제4조(「암수술」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술」이라 함은 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑥ 제1항 내지 제4항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)를 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

③「항암약물치료(호르몬치료제외)」라 함은 제2항에서 정한「항암약물치료」중에서 제4항에서 정한 「항암호르몬약물치료」를 제외한 치료를 말합니다.

④「항암호르몬약물치료」라 함은 제2항에서 정한 「항암약물치료」 중에서 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 "호르몬성 항암제"를 말합니다.

1. 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"에서 정한 약효분류번호 421(항악성종양제), 617(주로 악성종양에 작용하는 것)에 해당하는 약제
2. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계에 따라 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터(KPIS)에서 부여한 국내 의약품 ATC코드에서 L02(항악성종양제 및 면역조절제 중 내분비 치료제)에 해당하는 약제

호르몬성 항암제

호르몬의 작용을 억제하거나 조절하여 암세포의 성장을 억제하는 약물

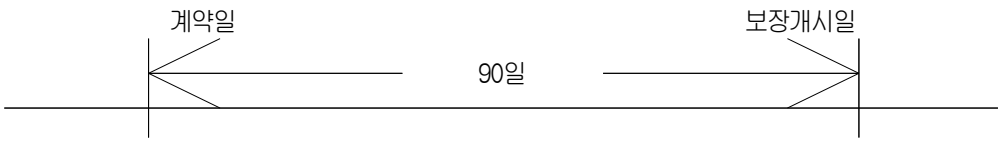
⑤ 제4항 제1호에도 불구하고, 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"의 개정에 따라 제4항 제1호의 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

⑥ 제4항 제2호에도 불구하고, 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계의 개정으로 제4항 제2호의 "ATC코드"가 폐지 또는 변경되거나, 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터에서 국내 의약품에 대하여 "ATC코드"를 부여하지 않아 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 기준을 따릅니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

< 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)의 보장개시일 >



② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 「암(유사암제외)」의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「보험금 지급기간」이라 함은 「암(유사암제외)」최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

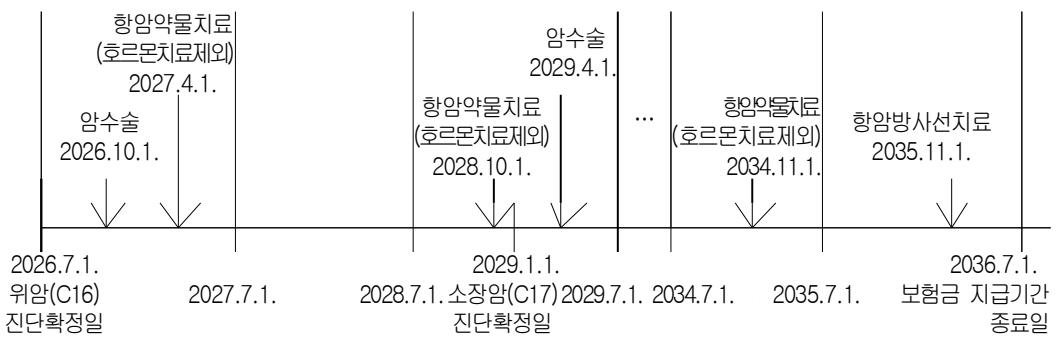
⑤ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 암(유사암제외)으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)를 보장합니다.

⑥ 회사는 피보험자가 암 주요치료Ⅳ(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외))를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)만 지급합니다.

⑦ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 계약일로부터 1년미만 내 「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정된 경우에는 「보험금 지급기간」 중 암 주요치료Ⅳ를 받은 시점이 계약일로부터 1년 이후에 해당하더라도 각 차년도별 지급금액은 보험가입금액의 50%를 지급합니다.

[보험금 지급 예시1]

- 보험계약일로부터 1년미만 내 「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정된 경우
- 보험계약일 : 2026년 3월 1일, 30년만기
- 보험가입금액 1,000만원 기준
- 위의 악성신생물(C16) 최초진단 확정일 : 2026년 7월 1일
- 소장의 악성신생물(C17) 최초진단 확정일 : 2029년 1월 1일



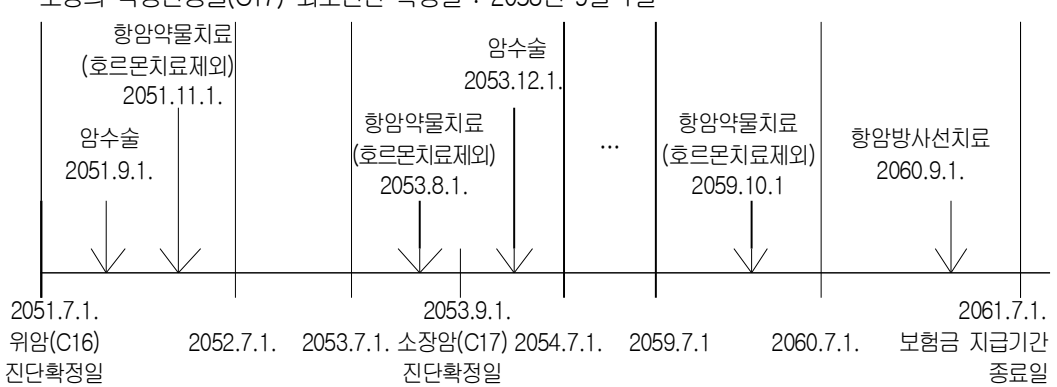
- 암 최초진단 후 암 주요치료시, 지급예시

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
암수술(C16) 500만원 지급 (50% 지급)	-	항암약물치료 (호르몬치료제외) (C16) 500만원 지급 (50% 지급)	…	항암약물치료 (호르몬치료제외) (C17) 500만원 지급 (50% 지급)	항암방사선치료(C17) 500만원 지급 (50% 지급)
항암약물치료 (호르몬치료제외) (C16) 미지급 (연간1회한도 초과)	-	암수술(C17) 미지급 (연간1회한도 초과)	…	-	

※ 위암(C16) 최초 진단확정일(2026년 7월 1일) 이후에 소장암(C17)을 최초 진단받더라도 「보험금 지급기간」은 위암(C16) 최초 진단확정일(2026년 7월 1일)로부터 10년입니다.

[보험금 지급 예시2]

- 보험계약일 : 2026년 7월 1일, 30년만기
- 보험가입금액 1,000만원 기준
- 위의 악성신생물(C16) 최초진단 확정일 : 2051년 7월 1일
- 소장의 악성신생물(C17) 최초진단 확정일 : 2053년 9월 1일



- 암 최초진단 후 암 주요치료시, 지급예시

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
암수술(C16) 1,000만원	-	항암약물치료 (호르몬치료제외)(C16) 1,000만원 지급	…	항암약물치료 (호르몬치료제외)(C17) 1,000만원 지급	항암방사선치료(C17) 1,000만원 지급
항암약물치료 (호르몬치료제외)(C16) 미지급 (연간1회한도 초과)	-	암수술(C17) 미지급 (연간1회한도 초과)	…	-	-

※ 위암(C16) 최초 진단확정일(2051년 7월 1일) 이후에 소장암(C17)을 최초 진단받더라도 「보험금 지급기간」은 위암(C16) 최초 진단확정일(2051년 7월 1일)로부터 10년입니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(유사암제외)으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제10조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

① 이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 제26조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 보장개시일 이후에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정된 경우 차회 이후부터 이 특별약관의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급기간」이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암(유사암제외)으로 최초 진단 확정 받고 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항에서 정한 보험금 지급기간이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

163. 순환계질환(특정질병 및 2대질병제외) 주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관

163-1. 순환계질환(특정질병 및 2대질병제외) 주요치료비(연간1회한,진단후10년)(통합간편가입형) 특별약관
163-2. 순환계질환(특정질병 및 2대질병제외) 주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관

163-1 및 163-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 순환계질환(특정질병 및 2대질병제외) 주요치료비(연간1회한,진단후10년) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」으로 진단확정되고 「보험금 지급기간」이내에 「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 제3조(「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외) 주요치료」의 정의)에서 정한 「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외) 주요치료」(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료, 특정급여치료Ⅰ)를 받은 경우에는 아래의 금액을 지급. 다만, 순환계질환(특정질병 및 2대질병제외) 주요치료비(연간1회한,진단후10년)는 최초 진단확정일로부터 최대 10년간, 연간1회를 한도로 지급(최대 10회 지급)

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
순환계질환 (특정질병 및 2대질병제외) 주요치료비	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외) 분류표」(【별표83】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「2대질병」이라 함은 「뇌혈관질환」 및 「허혈성심질환」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

1. 「뇌혈관질환」은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표19】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
2. 「허혈성심질환」은 「허혈성심질환 분류표」(【별표18】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「특정질병」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「특정순환계질환Ⅱ 분류표」(【별표85】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 혈액검사(혈액 중 심장효소검사 등), 뇌척수액 검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외) 주요치료」의 정의)

이 특별약관에서「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외) 주요치료」라 함은「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「수술」을 받은 경우
2.「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우
3.「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「종합병원 중환자실 치료」를 받은 경우
4.「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「특정급여치료Ⅰ」을 받은 경우

제4조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에는 「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 다음 각 호에 해당하는 치료를 받은 경우를 포함됩니다.

1. 내시경(Fiverscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파전극 등에 의한 경피적 수술. 카테터를 이용하여 혈관에 코일 등 색전물질을 주입하여 혈류를 막거나, 뇌동맥내 혈관확장제를 직접 주입하는 경우는 포함되며, 이 외의 카테터를 이용하여 약물을 주입하는 경우는 포함되지 않습니다.
2. 치료적 방사선 조사를 받은 경우

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
8. 혈관 조영술, 중심정맥관 삽입술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사가「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항의「혈전용해제」라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.
③ 제2항의「혈전용해제」를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은「혈전용해치료」에서 제외됩니다.

제6조(「종합병원 중환자실 치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「종합병원 중환자실 치료」라 함은 의사에 의하여「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」으로 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.
② 제1항의 중환자실이라 함은「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제7조(「특정급여치료Ⅰ」의 정의)

① 이 특별약관에서「특정급여치료Ⅰ」라 함은 의사에 의하여「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중「특정급여치료Ⅰ 대상 수가코드 분류표」(【별표86】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 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는「특정급여치료Ⅰ」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 제1항의「특정급여치료Ⅰ」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐「특정급여치료Ⅰ」항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

급여수가코드

급여수가코드는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

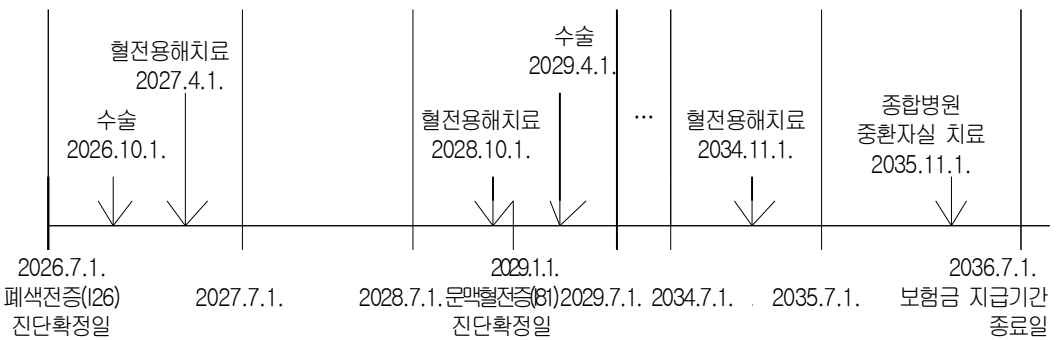
① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
② 제1조(보험금의 지급사유)에서「연간」이라 함은「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.
③ 제1조(보험금의 지급사유)에서「보험금 지급기간」이라 함은「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.
④ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」으로 최초 진단확정받고 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 순환계질환(특정질병 및 2대질병제외) 주요치료비(연간1회한,진단후 10년)를 보장합니다.
⑤ 회사는 피보험자가「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외) 주요치료」(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환

자실치료, 특정급여치료Ⅰ)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 순환계질환(특정질병 및 2대질병제외) 주요치료비(연간1회한,진단후10년)만 지급합니다.

⑥ 피보험자가 보험기간 중 계약일로부터 1년미만 내 「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」으로 최초 진단확정된 경우에는 「보험금 지급기간」 중 순환계질환(특정질병 및 2대질병제외) 주요치료를 받은 시점이 계약일로부터 1년 이후에 해당하더라도 각 차년도별 지급금액은 보험가입금액의 50%를 지급합니다.

[보험금 지급 예시1]

- 보험계약일로부터 1년미만 내 「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」으로 최초 진단확정된 경우
- 보험계약일 : 2026년 3월 1일, 30년만기
- 보험가입금액 1,000만원 기준
- 폐색전증(I26) 최초진단 확정일 : 2026년 7월 1일
- 문맥혈전증(I81) 최초진단 확정일 : 2029년 1월 1일



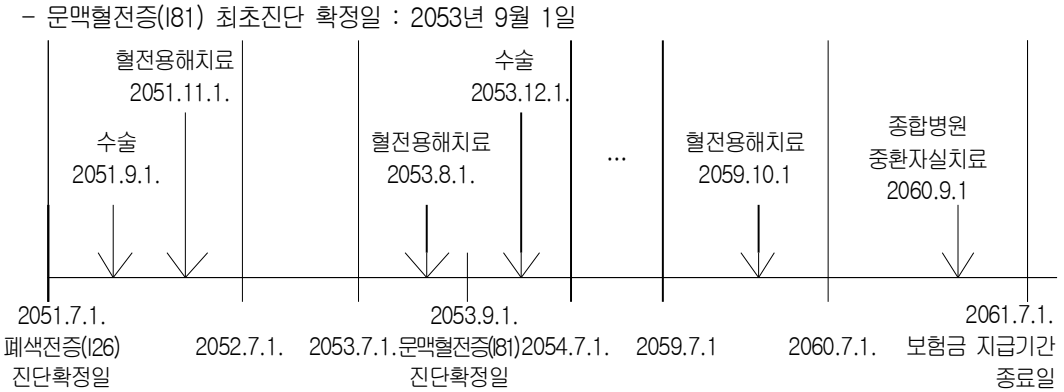
- 폐색전증 최초진단 후 순환계질환(특정질병 및 2대질병제외) 주요치료시, 지급예시

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
수술(I26) 500만원	-	혈전용해치료(I26) 500만원 지급 (50% 지급)	…	혈전용해치료(I81) 500만원 지급 (50% 지급)	중환자실치료(I81) 500만원 지급 (50% 지급)
혈전용해치료(I26) 미지급 (연간1회한도 초과)	-	수술(I81) 미지급 (연간1회한도 초과)	…	-	

※ 폐색전증(I26) 최초 진단확정일(2026년 7월 1일) 이후에 문맥혈전증(I81)을 최초 진단받더라도「보험금 지급기간」은 폐색전증(I26) 최초 진단확정일(2026년 7월 1일)로부터 10년입니다.

[보험금 지급 예시2]

- 보험계약일 : 2026년 7월 1일, 30년만기
- 보험가입금액 1,000만원 기준
- 폐색전증(I26) 최초진단 확정일 : 2051년 7월 1일
- 문맥혈전증(I81) 최초진단 확정일 : 2053년 9월 1일



- 폐색전증 최초진단 후 순환계질환(특정질병 및 2대질병제외) 주요치료시, 지급예시

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
수술(I26) 1,000만원	-	혈전용해치료(I26) 1,000만원 지급	…	혈전용해치료(I81) 1,000만원 지급	중환자실치료(I81) 1,000만원 지급
혈전용해치료(I26) 미지급 (연간1회한도 초과)	-	수술(I81) 미지급 (연간1회한도 초과)	…	-	-

※ 폐색전증(I26) 최초 진단확정일(2051년 7월 1일) 이후에 문맥혈전증(I81)을 최초 진단받더라도「보험금 지급기간」은 폐색전증(I26) 최초 진단확정일(2051년 7월 1일)로부터 10년입니다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

① 이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 제26조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제2조(「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」으로 최초 진단확정된 경우 차회 이후부터 이 특별약관의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」으로 최초 진단 확정 받고 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에서 정한 보험금 지급기간이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

164. 암주요치료비Ⅱ(유사암)(연간1회한,진단후10년) 특별약관

164-1. 암주요치료비Ⅱ(유사암)(연간1회한,진단후10년)(통합간편가입형) 특별약관
164-2. 암주요치료비Ⅱ(유사암)(연간1회한,진단후10년) 특별약관

164-1 및 164-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 암주요치료비Ⅱ(유사암)(연간1회한,진단후10년): 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「유사암」으로 진단확정되고 「보험금 지급기간」 이내에 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 암 주요치료Ⅳ(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외))를 받은 경우에는 아래의 금액을 지급. 다만, 암주요치료비Ⅱ(유사암)(연간1회한,진단후10년)는 최초 진단확정일로부터 최대 10년간, 연간1회를 한도로 지급(최대 10회 지급)

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
암주요치료비Ⅱ (유사암) (연간1회한,진단후10년)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)

① 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

1. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「암 주요치료Ⅳ」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 주요치료Ⅳ」라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외)를 말합니다.

② 「암 주요치료Ⅳ」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

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. 제1호 내지 제4호 이외의 "암 주요치료IV"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 "암 주요치료IV"로 봅니다.

<호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조>

③ '말기환자'란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제4조(「암수술」 등의 정의)

① 이 특별약관에서「암수술」이라 함은「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로「수술」을 받는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑥ 제1항 내지 제4항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」등의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

③「항암약물치료(호르몬치료제외)」라 함은 제2항에서 정한「항암약물치료」중에서 제4항에서 정한 「항암호르몬약물치료」를 제외한 치료를 말합니다.

④「항암호르몬약물치료」라 함은 제2항에서 정한 「항암약물치료」 중에서 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 "호르몬성 항암제"를 말합니다.

1. 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"에서 정한 약효분류번호 421(항악성종양제), 617(주로 악성종양에 작용하는 것)에 해당하는 약제
2. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계에 따라 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터(KPIS)에서 부여한 국내 의약품 ATC코드에서 L02(항악성종양제 및 면역조절제 중 내분비 치료제)에 해당하는 약제

호르몬성 항암제
호르몬의 작용을 억제하거나 조절하여 암세포의 성장을 억제하는 약물

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고, 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"의 개정에 따라 제4항 제1호의 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

⑥ 제4항 제2호에도 불구하고, 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계의 개정으로 제4항 제2호의 "ATC코드"가 폐지 또는 변경되거나, 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터에서 국내 의약품에 대하여 "ATC코드"를 부여하지 않아 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 기준을 따릅니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서「연간」이라 함은「유사암」의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서「보험금 지급기간」이라 함은「유사암」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

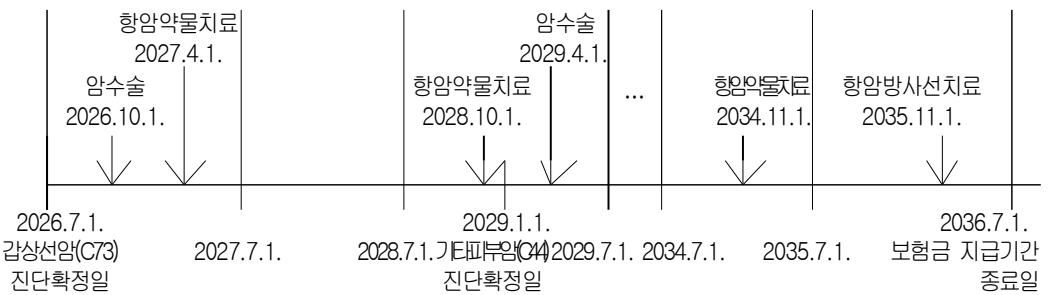
④ 피보험자가 보험기간 중「유사암」으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암주요치료비Ⅱ(유사암)(연간1회한,진단후10년)를 보장합니다.

⑤ 회사는 피보험자가 암 주요치료Ⅳ(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외))를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 암주요치료비Ⅱ(유사암)(연간1회한,진단후10년)만 지급합니다.

⑥ 피보험자가 보험기간 중 계약일로부터 1년미만 내 「유사암」으로 최초 진단확정된 경우에는 「보험금 지급기간」 중 암 주요치료Ⅳ를 받은 시점이 계약일로부터 1년 이후에 해당하더라도 각 차년도별 지급금액은 보험가입금액의 50%를 지급합니다.

[보험금 지급 예시1]

- 보험계약일로부터 1년미만 내「유사암」으로 최초 진단확정된 경우
- 보험계약일 : 2026년 3월 1일, 30년만기
- 보험가입금액 200만원 기준
- 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2026년 7월 1일
- 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2029년 1월 1일



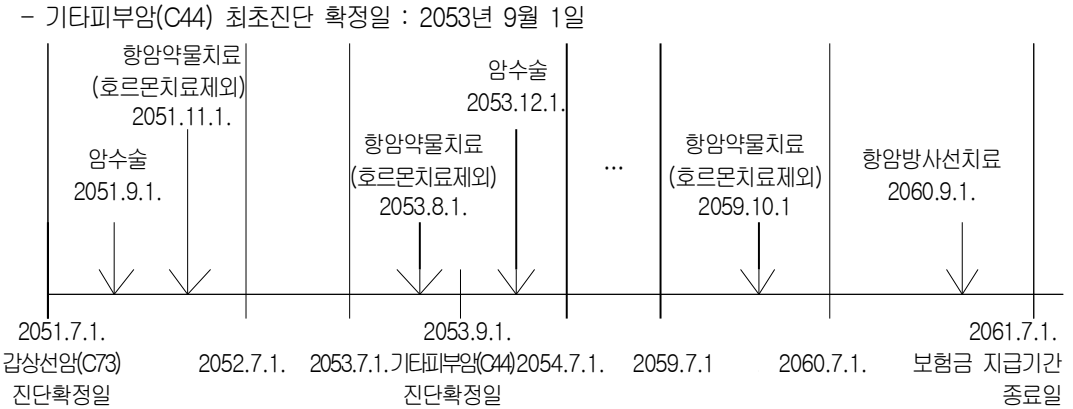
- 암 최초진단 후 암 주요치료시, 지급예시

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
암수술(C73) 100만원 지급 (50% 지급)	-	항암약물치료 (호르몬치료제외)(C73) 100만원 지급 (50% 지급)	…	항암약물치료 (호르몬치료제외)(C44) 100만원 지급 (50% 지급)	항암방사선치료(C44) 100만원 지급 (50% 지급)
항암약물치료 (호르몬치료제외)(C73) 미지급 (연간1회한도 초과)	-	암수술(C44) 미지급 (연간1회한도 초과)	…	-	

※ 갑상선암(C73) 최초 진단확정일(2026년 7월 1일) 이후에 기타피부암(C44)을 최초 진단받더라도 「보험금 지급기간」은 갑상선암(C73) 최초 진단확정일(2026년 7월 1일)로부터 10년입니다.

[보험금 지급 예시2]

- 보험계약일 : 2026년 7월 1일, 30년만기
- 보험가입금액 200만원 기준
- 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2051년 7월 1일
- 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2053년 9월 1일



- 갑상선암, 기타피부암 최초진단 후 암주요치료시, 지급예시

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
암수술(C73) 200만원 지급	-	항암약물치료 (호르몬치료제외)(C73) 200만원 지급	…	항암약물치료 (호르몬치료제외)(C44) 200만원 지급	항암방사선치료(C44) 200만원 지급
항암약물치료 (호르몬치료제외)(C73) 미지급 (연간1회한도 초과)	-	암수술(C44) 미지급 (연간1회한도 초과)	…	-	-

※ 갑상선암(C73) 최초 진단확정일(2051년 7월 1일) 이후에 기타피부암(C44)을 최초 진단받더라도 「보험금 지급기간」은 갑상선암(C73) 최초 진단확정일(2051년 7월 1일)로부터 10년입니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

① 이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 제26조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「유사암」으로 최초 진단확정된 경우 차회 이후부터 이 특별약관의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제9조(특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「유사암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급기간」 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 「유사암」으로 최초 진단 확정 받고 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에서 정한 보험금 지급기간이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

165. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관

165-1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,진단후10년)(통합간편가입형) 특별약관
165-2. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관

165-1 및 165-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,진단후10년) : 이 특별약관의 보험기간중에 제2조(「순환계질환(특정질병제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단확정되고 「보험금 지급기간」이내에 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 순환계질환(특정질병제외) 주요치료(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료, 특정급여치료II)를 받은 경우에는 아래의 금액을 지급. 다만, 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,진단후10년)는 최초 진단확정일로부터 최대 10년간, 연간1회를 한도로 지급(최대 10회 지급)

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,진단후10년)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「순환계질환(특정질병제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 분류표」(【별표84】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서「특정질병」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서「특정순환계질환II 분류표」(【별표85】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③「순환계질환(특정질병제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 혈액검사(혈액 중 심장효소검사 등), 뇌척수액 검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가「순환계질환(특정질병제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이「순환계질환(특정질병제외)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료」의 정의)

이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외) 주요치료」라 함은「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「수술」을 받은 경우
2.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우

3.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「종합병원 중환자실 치료」를 받은 경우
4.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「특정급여치료II」를 받은 경우

제4조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에는 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 다음 각 호에 해당하는 치료를 받은 경우를 포함됩니다.

1. 내시경(Fiverscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파전극 등에 의한 경피적 수술. 카테터를 이용하여 혈관에 코일 등 색전물질을 주입하여 혈류를 막거나, 뇌동맥내 혈관확장제를 직접 주입하는 경우는 포함되며, 이 외의 카테터를 이용하여 약물을 주입하는 경우는 포함되지 않습니다.
2. 치료적 방사선 조사를 받은 경우

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
8. 혈관 조영술, 중심정맥관 삽입술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사가「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항의「혈전용해제」라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항의「혈전용해제」를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은「혈전용해치료」에서 제외됩니다.

제6조(「종합병원 중환자실 치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「종합병원 중환자실 치료」라 함은 의사에 의하여「순환계질환(특정질병제외)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에「순환계질환(특정질병제외)」으로 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제7조(「특정급여치료Ⅱ」의 정의)

① 이 특별약관에서「특정급여치료Ⅱ」라 함은 의사에 의하여「순환계질환(특정질병제외)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중「특정급여치료Ⅱ 대상 수가코드 분류표」(【별표87】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 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는「특정급여치료Ⅱ」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 제1항의「특정급여치료Ⅱ」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐「특정급여치료Ⅱ」항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

급여수가코드

급여수가코드는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서「연간」이라 함은「순환계질환(특정질병제외)」의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서「보험금 지급기간」이라 함은「순환계질환(특정질병제외)」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

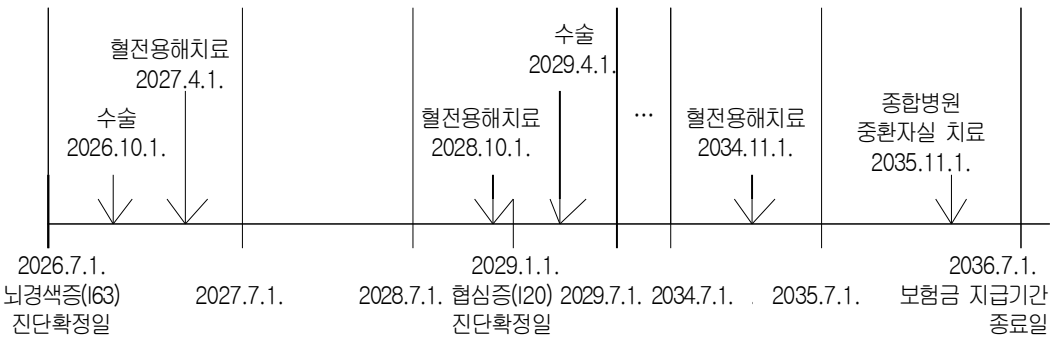
④ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에「순환계질환(특정질병제외)」으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,진단후10년)를 보장합니다.

⑤ 회사는 피보험자가「순환계질환(특정질병제외) 주요치료」(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료, 특정급여치료Ⅱ)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,진단후10년)만 지급합니다.

⑥ 피보험자가 보험기간 중 계약일로부터 1년미만 내 「순환계질환(특정질병제외)」으로 최초 진단확정된 경우에는 「보험금 지급기간」 중 순환계질환(특정질병제외) 주요치료를 받은 시점이 계약일로부터 1년 이후에 해당하더라도 각 차년도별 지급금액은 보험가입금액의 50%를 지급합니다.

[보험금 지급 예시1]

- 보험계약일로부터 1년미만 내 「순환계질환(특정질병제외)」으로 최초 진단확정된 경우
- 보험계약일 : 2026년 3월 1일, 30년만기
- 보험가입금액 1,000만원 기준
- 뇌경색증(I63) 최초진단 확정일 : 2026년 7월 1일
- 협심증(I20) 최초진단 확정일 : 2029년 1월 1일



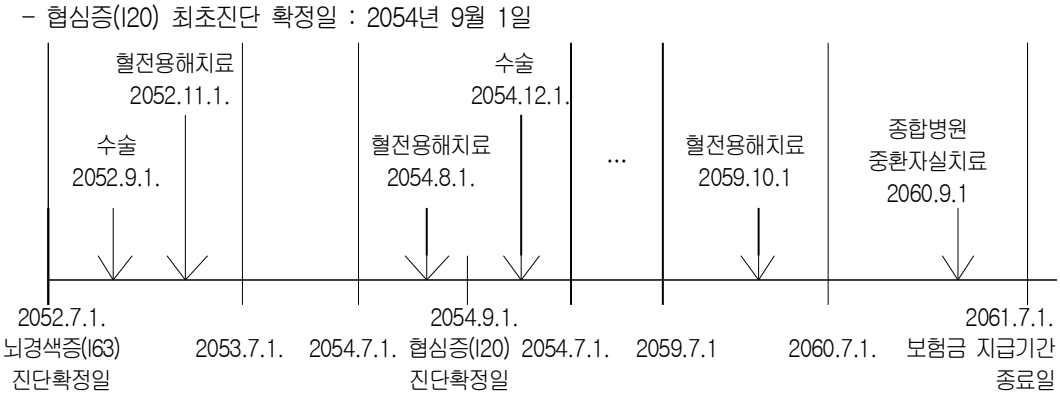
- 뇌혈관질환 최초진단 후 순환계질환(특정질병제외) 주요치료시, 지급예시

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
수술(I63) 500만원	-	혈전용해치료(I63) 500만원 지급 (50% 지급)	…	혈전용해치료(I20) 500만원 지급 (50% 지급)	중환자실 치료(I20) 500만원 지급 (50% 지급)
혈전용해치료(I63) 미지급 (연간1회한도 초과)	-	수술(I20) 미지급 (연간1회한도 초과)	…	-	

※ 뇌경색증(I63) 최초 진단확정일(2026년 7월 1일) 이후에 협심증(I20)을 최초 진단받더라도「보험금 지급기간」은 뇌경색증(I63) 최초 진단확정일(2026년 7월 1일)로부터 10년입니다.

[보험금 지급 예시2]

- 보험계약일 : 2026년 7월 1일, 30년만기
- 보험가입금액 1,000만원 기준
- 뇌경색증(I63) 최초진단 확정일 : 2052년 7월 1일
- 협심증(I20) 최초진단 확정일 : 2054년 9월 1일



- 뇌혈관질환 최초진단 후 순환계질환(특정질병제외) 주요치료시, 지급예시

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
수술(I63) 1,000만원	-	혈전용해치료(I63) 1,000만원 지급	…	혈전용해치료(I20) 1,000만원 지급	중환자실치료(I20) 1,000만원 지급
혈전용해치료(I63) 미지급 (연간1회한도 초과)	-	수술(I20) 미지급 (연간1회한도 초과)	…	-	-

※ 뇌경색증(I63) 최초 진단확정일(2052년 7월 1일) 이후에 협심증(I20)을 최초 진단받더라도「보험금 지급기간」은 뇌경색증(I63) 최초 진단확정일(2052년 7월 1일)로부터 10년입니다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

① 이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 제26조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제2조(「순환계질환(특정질병제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한「순환계질환(특정질병제외)」으로 최초 진단확정된 경우 차회 이후부터 이 특별약관의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의「순환계질환(특정질병제외)」으로 최초 진단확정을 받고「보험금 지급기간」이내에 해지하는 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라「순환계질환(특정질병제외)」으로 최초 진단 확정 받고 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에서 정한 보험금 지급기간이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

166-1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관

166-1-1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관

166-1-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료」의 정의)에서 정한「순환계질환(특정질병제외) 주요치료」(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료, 특정급여치료Ⅱ)를 받은 경우에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)

제2조(「순환계질환(특정질병제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 분류표」(【별표84】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서「특정질병」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서「특정순환계질환Ⅱ 분류표」(【별표85】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③「순환계질환(특정질병제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 혈액검사(혈액 중 심장효소검사 등), 뇌척수액 검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가「순환계질환(특정질병제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이「순환계질환(특정질병제외)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료」의 정의)

이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외) 주요치료」라 함은「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「수술」을 받은 경우
2.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우
3.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「종합병원 중환자실 치료」를 받은 경우
4.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「특정급여치료Ⅱ」를 받은 경우

제4조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에는「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 다음 각 호에 해당하는 치료를 받은 경우를 포함됩니다.

1. 내시경(Fiverscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파전극 등에 의한 경피적 수술. 카테터를 이용하여 혈관에 코일 등 색전물질을 주입하여 혈류를 막거나, 뇌동맥내 혈관확장제를 직접 주입하는 경우는 포함되며, 이 외의 카테터를 이용하여 약물을 주입하는 경우는 포함되지 않습니다.
2. 치료적 방사선 조사를 받은 경우

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
8. 혈관 조영술, 중심정맥관 삽입술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사가「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항의「혈전용해제」라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항의「혈전용해제」를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은「혈전용해치료」에서 제외됩니다.

제6조(「종합병원 중환자실 치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「종합병원 중환자실 치료」라 함은 의사에 의하여「순환계질환(특정질병제외)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에「순환계질환(특정질병제외)」으로 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제7조(「특정급여치료Ⅱ」의 정의)

① 이 특별약관에서「특정급여치료Ⅱ」라 함은 의사에 의하여「순환계질환(특정질병제외)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중「특정급여치료Ⅱ 대상 수가코드 분류표」(【별표87】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 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는「특정급여치료Ⅱ」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 제1항의「특정급여치료Ⅱ」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐「특정급여치료Ⅱ」항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

급여수가코드

급여수가코드는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

③ 회사는 피보험자가「순환계질환(특정질병제외) 주요치료」(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료, 특정급여치료Ⅱ)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한)만 지급합니다.

제8조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 순환계질환(특정질병제외) 주요치료를 받기 위해 치료일자 예약 후 제8조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다. 단, 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 중 종합병원 중환자실 치료는 「선지급 보험금」지급대상에서 제외합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

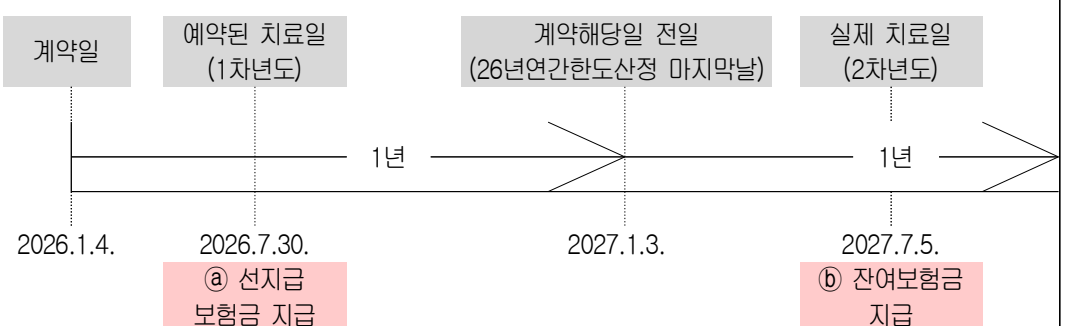
⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등

예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시 】



ⓐ 선지급 보험금 : 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입
ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제8조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포

함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

166-2. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한) 특별약관

166-2-1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한) 특별약관

166-2-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「순환계질환(특정질병제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단확정되고 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료」의 정의)에서 정한「순환계질환(특정질병제외) 주요치료」(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료, 특정급여치료Ⅱ)를 받은 경우에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)

제2조(「순환계질환(특정질병제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 분류표」(【별표84】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서「특정질병」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서「특정순환계질환Ⅱ 분류표」(【별표85】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③「순환계질환(특정질병제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져

야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 혈액검사(혈액 중 심장효소검사 등), 뇌척수액 검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가「순환계질환(특정질병제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이「순환계질환(특정질병제외)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료」의 정의)

이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외) 주요치료」라 함은「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「수술」을 받은 경우
2.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우
3.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「종합병원 중환자실 치료」를 받은 경우
4.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「특정급여치료Ⅱ」를 받은 경우

제4조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에는「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 다음 각 호에 해당하는 치료를 받은 경우를 포함됩니다.

1. 내시경(Fiverscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파전극 등에 의한 경피적 수술. 카테터를 이용하여 혈관에 코일 등 색전물질을 주입하여 혈류를 막거나, 뇌동맥내 혈관확장제를 직접 주입하는 경우는 포함되며, 이 외의 카테터를 이용하여 약물을 주입하는 경우는 포함되지 않습니다.
2. 치료적 방사선 조사를 받은 경우

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
8. 혈관 조영술, 중심정맥관 삽입술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것

·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사가「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
② 제1항의「혈전용해제」라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.
③ 제2항의「혈전용해제」를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은「혈전용해치료」에서 제외됩니다.

제6조(「종합병원 중환자실 치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「종합병원 중환자실 치료」라 함은 의사에 의하여「순환계질환(특정질병제외)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에「순환계질환(특정질병제외)」으로 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.
② 제1항의 중환자실이라 함은「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제7조(「특정급여치료Ⅱ」의 정의)

① 이 특별약관에서「특정급여치료Ⅱ」라 함은 의사에 의하여「순환계질환(특정질병제외)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중「특정급여치료Ⅱ 대상 수가코드 분류표」(【별표87】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 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는「특정급여치료Ⅱ」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 제1항의「특정급여치료Ⅱ」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐「특정급여치료Ⅱ」항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

급여수가코드
급여수가코드는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
② 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

③ 회사는 피보험자가「순환계질환(특정질병제외) 주요치료」(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료, 특정급여치료Ⅱ)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한)만 지급합니다.

제8조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단 확정되고 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 순환계질환(특정질병제외) 주요치료를 받기 위해 치료일자 예약 후 제8조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다. 단, 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 중 종합병원 중환자실 치료는 「선지급 보험금」지급대상에서 제외합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

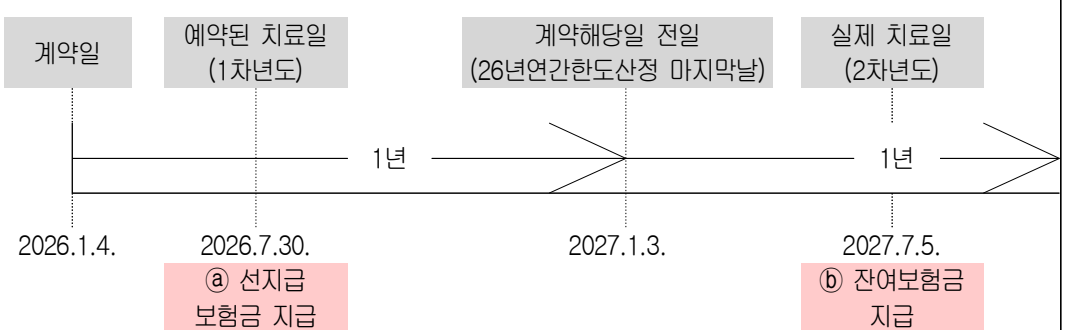
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시 】



ⓐ 선지급 보험금 : 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입
ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당

한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제8조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

167. 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한,진단후10년) 특별약관

167-1. 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한,진단후10년)(통합간편가입형) 특별약관
167-2. 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한,진단후10년) 특별약관

167-1 및 167-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한,진단후10년) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 「보험금 지급기간」이내에「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 비급여 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우에는 아래의 금액을 지급. 다만, 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한,진단후10년)는 최초 진단확정일로부터 최대 10년간, 연간1회를 한도로 지급(최대 10회 지급)

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
비급여 암주요치료비 (전액본인부담포함,연간1회한, 진단후10년)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
   다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「비급여 암주요치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「비급여 암주요치료」라 함은 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 수술」을 받은 경우
2. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」를 받은 경우
3. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」를 받은 경우

② 「비급여 암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 비급여 암주요치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 단순 호르몬제 치료(다만, 호르몬성 항암치료는 「비급여 암주요치료」에 포함됩니다)

단순 호르몬제 치료
암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.
가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 "비급여 암주요치료"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 이 특별약관에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

④ 이 특별약관에서 비급여라 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.

⑤ 제1항 제1호의 「전액본인부담(비급여포함) 수술」은 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑥ 제1항 제2호의 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 방사선치료료가 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만,

방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑦ 제1항 제3호의 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

⑧ 제2항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 「비급여 암주요치료」로 봅니다.

<호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조>

③ '말기환자'란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제4조(「암수술」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술」이라 함은 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑥ 제1항 내지 제2항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의

- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.

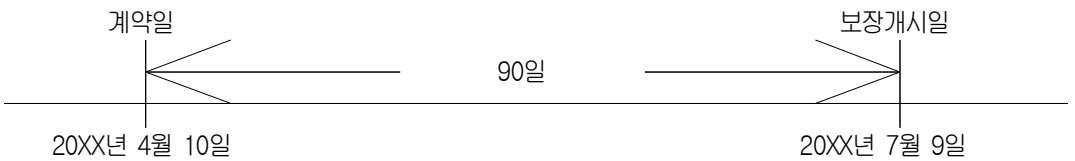
② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이

하 “항암약물치료”라 합니다)를 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한,진단후10년)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

< 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한,진단후10년)의 보장개시일 >



② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「보험금 지급기간」이라 함은 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

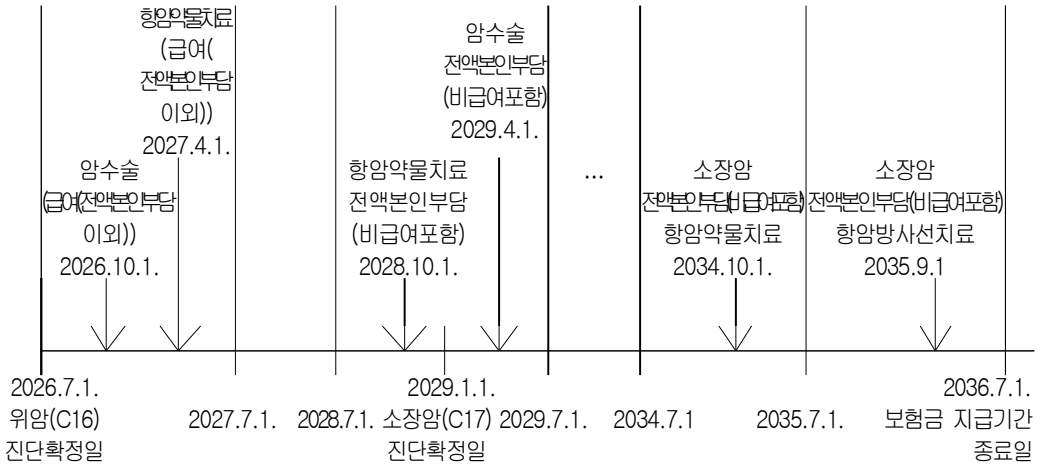
⑤ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단확정받고 보험기간이 만료되더라도 ‘보험금 지급기간’이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한,진단후10년)를 보장합니다.

⑥ 회사는 피보험자가 비급여 암주요치료(암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한,진단후10년)만 지급합니다.

⑦ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 계약일로부터 1년미만 내 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단확정된 경우에는 「보험금 지급기간」중 비급여 암주요치료를 받은 시점이 계약일로부터 1년 이후에 해당하더라도 각 차년도별 지급금액은 보험가입금액의 50%를 지급합니다.

[보험금 지급 예시1]

- 보험계약일로부터 1년미만 내 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단확정된 경우
- 보험계약일 : 2026년 3월 1일, 30년만기
- 보험가입금액 1,000만원 기준
- 위의 악성신생물(C16) 최초진단 확정일 : 2026년 7월 1일
- 소장의 악성신생물(C17) 최초진단 확정일 : 2029년 1월 1일



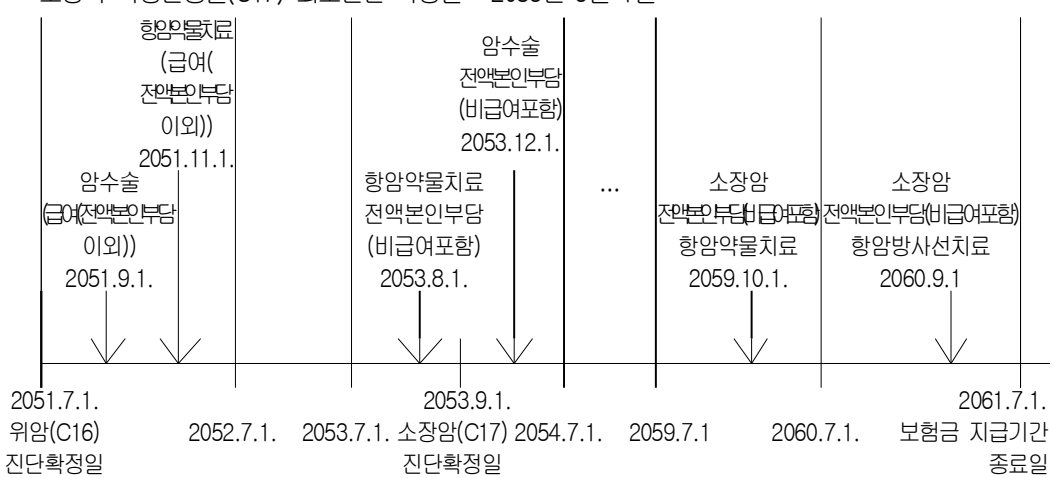
- 암 최초진단 후 암 주요치료시, 지급예시

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
암수술(C16) 미지급	-	항암약물치료(C16) 500만원 지급 (50% 지급)	…	항암약물치료(C17) 500만원 지급 (50% 지급)	항암방사선치료(C17) 500만원 지급 (50% 지급)
항암약물치료(C16) 미지급	-	암수술(C17) 미지급 (연간1회한도 초과)	…	-	

※ 위암(C16) 최초 진단확정일(2026년 7월 1일) 이후에 소장암(C17)을 최초 진단받더라도 「보험금 지급기간」은 위암(C16) 최초 진단확정일(2026년 7월 1일)로부터 10년입니다.

[보험금 지급 예시2]

- 보험계약일 : 2026년 7월 1일, 30년만기
- 보험가입금액 1,000만원 기준
- 위의 악성신생물(C16) 최초진단 확정일 : 2051년 7월 1일
- 소장의 악성신생물(C17) 최초진단 확정일 : 2053년 9월 1일



- 암 최초진단 후 암 주요치료시, 지급예시

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
암수술(C16) 미지급	-	항암약물치료(C16) 1,000만원 지급	…	항암약물치료(C17) 1,000만원 지급	항암방사선치료(C17) 1,000만원 지급
항암약물치료(C16) 미지급	-	암수술(C17) 미지급 (연간1회한도 초과)	…	-	-

※ 위암(C16) 최초 진단확정일(2051년 7월 1일) 이후에 소장암(C17)을 최초 진단받더라도 「보험금 지급기간」은 위암(C16) 최초 진단확정일(2051년 7월 1일)로부터 10년입니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제10조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

① 이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 제26조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 보장개시일 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단확정된 경우 차회 이후부터 이 특별약관의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정을 받고 「보험금 지급기간」이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단확정 받고 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항에서 정한 보험금 지급기간이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

168-1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한)(감액없음)(10년후10배보장)(통합간편가입형) 특별약관

168-1-1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한)(감액없음)(10년후10배보장)(통합간편가입형) 특별약관

168-1-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한)(감액없음)(10년후10배보장) : 이 특별약관의 보험기간 중에 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료」의 정의)에서 정한「순환계질환(특정질병제외) 주요치료」(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료, 특정급여치료II)를 받은 경우에는 아래의 금액을 지급

구 분	경과기간	지급금액
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한)(감액없음)(10년후10배보장)	계약일로부터 10년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 100% (연간1회한)
	계약일로부터 10년이상 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 1000% (연간1회한)

제2조(「순환계질환(특정질병제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 분류표」(【별표84】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서「특정질병」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서「특정순환계질환II 분류표」(【별표85】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③「순환계질환(특정질병제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 혈액검사(혈액 중 심장효소검사 등), 뇌척수액 검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가「순환계질환(특정질병제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이「순환계질환(특정질병제외)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료」의 정의)

이 특별약관에서 「순환계질환(특정질병제외) 주요치료」라 함은 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우
2. 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우
3. 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원 중환자실 치료」를 받은 경우
4. 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「특정급여치료Ⅱ」를 받은 경우

제4조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에는 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 다음 각 호에 해당하는 치료를 받은 경우를 포함됩니다.

1. 내시경(Fiverscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파전극 등에 의한 경피적 수술. 카테터를 이용하여 혈관에 코일 등 색전물질을 주입하여 혈류를 막거나, 뇌동맥내 혈관확장제를 직접 주입하는 경우는 포함되며, 이 외의 카테터를 이용하여 약물을 주입하는 경우는 포함되지 않습니다.
2. 치료적 방사선 조사를 받은 경우

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
8. 혈관 조영술, 중심정맥관 삽입술

용어의 정의

- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 의사가 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항의 「혈전용해제」라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하

는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항의「혈전용해제」를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은「혈전용해치료」에서 제외됩니다.

제6조(「종합병원 중환자실 치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「종합병원 중환자실 치료」라 함은 의사에 의하여「순환계질환(특정질병제외)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에「순환계질환(특정질병제외)」으로 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제7조(「특정급여치료Ⅱ」의 정의)

① 이 특별약관에서「특정급여치료Ⅱ」라 함은 의사에 의하여「순환계질환(특정질병제외)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중「특정급여치료Ⅱ 대상 수가코드 분류표」(【별표87】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 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는「특정급여치료Ⅱ」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 제1항의「특정급여치료Ⅱ」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐「특정급여치료Ⅱ」항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

급여수가코드

급여수가코드는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

③ 회사는 피보험자가「순환계질환(특정질병제외) 주요치료」(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료, 특정급여치료Ⅱ)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한)만 지급합니다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

168-2. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한)(감액없음)(10년후10배보장) 특별약관

168-2-1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한)(감액없음)(10년후10배보장) 특별약관

168-2-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한)(감액없음)(10년후10배보장) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「순환계질환(특정질병제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단확정되고 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료」의 정의)에서 정한「순환계질환(특정질병제외) 주요치료」(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료, 특정급여치료Ⅱ)를 받은 경우에는 아래의 금액을 지급

구 분	경과기간	지급금액
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한) (감액없음)(10년후10배보장)	계약일로부터 10년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 100% (연간1회한)
	계약일로부터 10년이상 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 1000% (연간1회한)

제2조(「순환계질환(특정질병제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 분류표」(【별표84】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서「특정질병」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서「특정순환계질환Ⅱ 분류표」(【별표85】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③「순환계질환(특정질병제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 혈액검사(혈액 중 심장효소검사 등), 뇌척수액 검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가「순환계질환(특정질병제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
나. 부검감정서상 사인이「순환계질환(특정질병제외)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료」의 정의)

이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외) 주요치료」라 함은「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「수술」을 받은 경우
2.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우
3.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「종합병원 중환자실 치료」를 받은 경우
4.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「특정급여치료II」를 받은 경우

제4조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.
③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
④ 제1항의 수술에는「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 다음 각 호에 해당하는 치료를 받은 경우를 포함됩니다.
   1. 내시경(Fiverscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파전극 등에 의한 경피적 수술. 카테터를 이용하여 혈관에 코일 등 색전물질을 주입하여 혈류를 막거나, 뇌동맥내 혈관확장제를 직접 주입하는 경우는 포함되며, 이 외의 카테터를 이용하여 약물을 주입하는 경우는 포함되지 않습니다.
   2. 치료적 방사선 조사를 받은 경우
⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
   1. 흡인(吸引)
   2. 천자(穿刺) 등의 조치
   3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
   4. 미용성형 목적 수술
   5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
   6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
   7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
   8. 혈관 조영술, 중심정맥관 삽입술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사가「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항의「혈전용해제」라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항의「혈전용해제」를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은「혈전용해치료」에서 제외됩니다.

제6조(「종합병원 중환자실 치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「종합병원 중환자실 치료」라 함은 의사에 의하여「순환계질환(특정질병제외)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에「순환계질환(특정질병제외)」으로 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제7조(「특정급여치료Ⅱ」의 정의)

① 이 특별약관에서「특정급여치료Ⅱ」라 함은 의사에 의하여「순환계질환(특정질병제외)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중「특정급여치료Ⅱ 대상 수가코드 분류표」(【별표87】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 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는「특정급여치료Ⅱ」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 제1항의「특정급여치료Ⅱ」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐「특정급여치료Ⅱ」항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

급여수가코드

급여수가코드는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

③ 회사는 피보험자가「순환계질환(특정질병제외) 주요치료」(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료, 특정급여치료Ⅱ)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한)만 지급합니다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

169. 비급여 항암약물치료비(전액본인부담포함,연간1회한,진단후10년) 특별약관

169-1. 비급여 항암약물치료비(전액본인부담포함,연간1회한,진단후10년)(통합간편가입형) 특별약관
169-2. 비급여 항암약물치료비(전액본인부담포함,연간1회한,진단후10년) 특별약관

169-1 및 169-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 비급여 항암약물치료비(전액본인부담포함,연간1회한,진단후10년) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 「보험금 지급기간」이내에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 비급여 항암약물치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 지급. 다만, 비급여 항암약물치료비(전액본인부담포함,연간1회한,진단후10년)는 최초 진단확정일로부터 최대 10년간, 연간1회를 한도로 지급(최대 10회 지급)

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
비급여 항암약물치료비 (전액본인부담포함,연간1회한, 진단후10년)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
   다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「비급여 항암약물치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「비급여 항암약물치료」라 함은 제4조(「항암약물치료」의 정의)에서 정한 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

② 「비급여 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 비급여 항암약물치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 단순 호르몬제 치료(다만, 호르몬성 항암치료는 「비급여 항암약물치료」에 포함됩니다)

단순 호르몬제 치료
암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.
가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 “비급여 항암약물치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검

사료 등)

③ 이 특별약관에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

④ 이 특별약관에서 비급여라 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.

⑤ 제2항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 「비급여 항암약물치료」로 봅니다.

<호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조>

③ '말기환자'란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제4조(「항암약물치료」의 정의)

이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 비급여 항암약물치료비(전액본인부담포함,연간1회한,진단후10년)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

< 비급여 항암약물치료비(전액본인부담포함,연간1회한,진단후10년)의 보장개시일 >

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「보험금 지급기간」이라 함은 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

⑤ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단확정받고 보험기간이 만료되더라도 '보험금 지급기간'이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 비급여 항암약물치료비(전액본인부담포함,연간1회한,진단후10년)를 보장합니다.

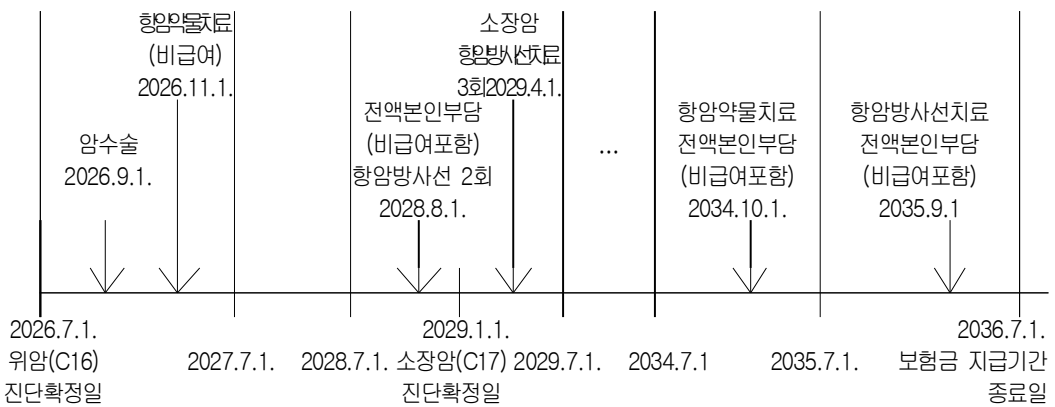
⑥ 회사는 피보험자가 비급여 항암약물치료를 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의

비급여 항암약물치료비(전액본인부담포함,연간1회한,진단후10년)만 지급합니다.

⑦ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 계약일로부터 1년미만 내 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단확정된 경우에는 「보험금 지급기간」중 비급여 항암약물치료를 받은 시점이 계약일로부터 1년 이후에 해당하더라도 각 차년도별 지급금액은 보험가입금액의 50%를 지급합니다.

[보험금 지급 예시1]

- 보험계약일로부터 1년미만 내 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단확정된 경우
- 보험계약일 : 2026년 3월 1일, 30년만기
- 보험가입금액 1,000만원 기준
- 위의 악성신생물(C16) 최초진단 확정일 : 2026년 7월 1일
- 소장의 악성신생물(C17) 최초진단 확정일 : 2029년 1월 1일



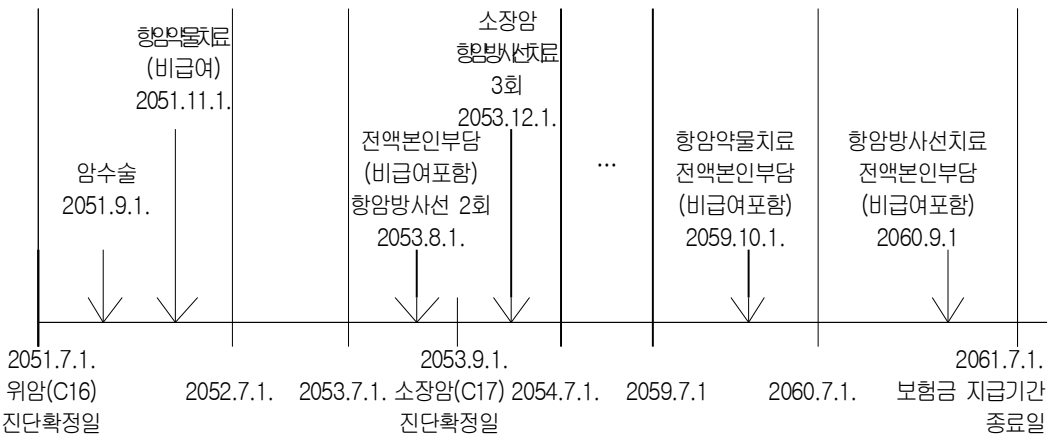
- 암 최초진단 후 암 주요치료시, 지급예시

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
암수술(C16) 미지급	-	항암방사선치료(C16), 항암방사선치료(C17) 미지급	…	항암약물치료(C17) 500만원 지급 (50% 지급)	항암방사선치료(C17) 미지급
항암약물치료(C16) 500만원 지급 (50% 지급)	-		…	-	

※ 위암(C16) 최초 진단확정일(2026년 7월 1일) 이후에 소장암(C17)을 최초 진단받더라도 「보험금 지급기간」은 위암(C16) 최초 진단확정일(2026년 7월 1일)로부터 10년입니다.

[보험금 지급 예시2]

- 보험계약일 : 2026년 7월 1일, 30년만기
- 보험가입금액 1,000만원 기준
- 위의 악성신생물(C16) 최초진단 확정일 : 2051년 7월 1일
- 소장의 악성신생물(C17) 최초진단 확정일 : 2053년 9월 1일



- 암 최초진단 후 암 주요치료시, 지급예시

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	진단 후 3차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
암수술(C16) 미지급	-	항암방사선치료(C16), 항암방사선치료(C17) 미지급	…	항암약물치료(C17) 1,000만원 지급	항암방사선치료(C17) 미지급
항암약물치료(C16) 1,000만원 지급	-		…	-	-

※ 위암(C16) 최초 진단확정일(2051년 7월 1일) 이후에 소장암(C17)을 최초 진단받더라도 「보험금 지급기간」은 위암(C16) 최초 진단확정일(2051년 7월 1일)로부터 10년입니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로

하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제9조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

① 이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 제26조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다.
② 제1항에도 불구하고 보장개시일 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단확정된 경우 차회 이후부터 이 특별약관의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제10조(특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제33조(해약환급금)을 따릅니다.
② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정을 받고 「보험금 지급기간」이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제11조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단확정 받고 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항에서 정한 보험금 지급기간이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

170. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비IV(유사암제외)(치료별) 특별약관

170-1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비IV(유사암제외)(치료별)(통합간편가입형) 특별약관
170-2. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비IV(유사암제외)(치료별) 특별약관

170-1 및 170-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비IV(유사암제외)(치료별) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제10조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제5조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「상급종합병원」, 「국립암센터」, 「원자력의학원」에서 암 주요치료 III(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 항암호르몬약물치료, 암중환자실치료)를 받은 경우에는 각 세부보장별 지급횟수에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비IV(유사암제외)(치료별)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장 및 지급횟수는 아래와 같습니다.

세부보장	지급횟수
상급종합병원II 암주요치료비IV(유사암제외)_ 암수술비(수술당) 보장	수술1회당
상급종합병원II 암주요치료비IV(유사암제외)_ 항암방사선치료비(연간1회한) 보장	연간1회한
상급종합병원II 암주요치료비IV(유사암제외)_ 항암약물치료비(호르몬치료제외)(연간1회한) 보장	연간1회한
상급종합병원II 암주요치료비IV(유사암제외)_ 항암호르몬약물치료비(연간1회한) 보장	연간1회한
상급종합병원II 암주요치료비IV(유사암제외)_ 암중환자실치료비(연간1회한) 보장	연간1회한

제2조(「상급종합병원」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「상급종합병원II」이라 함은 「상급종합병원」, 「국립암센터」, 「원자력의학원」을 말합니다.

제3조(「국립암센터」 의 정의)

이 특별약관에서 「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말합니다.

[암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)]

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

[암관리법 제29조(부속기관의 설치)]

① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

제4조(「원자력의학원」 의 정의)

이 특별약관에서 「원자력의학원」이라 함은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 제13조의3(분원 또는 부설기관)에서 정한 한국원자력의학원의 부속병원을 말합니다.

[방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립)]

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원을 설립한다.

[방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의3(분원 또는 부설기관)]

① 의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

제5조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제2항의 「암」에서 제3항의 「유사암」을 제외한 암을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표13-1】「악성신생물(암) 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.
1. 「갑상선암」이라 함은 【별표13-1】「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 【별표13-1】「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 【별표13-2】「제자리신생물 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 【별표13-3】「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제6조(「암 주요치료Ⅲ」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 주요치료Ⅲ」라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 항암호르몬약물치료, 암중환자실치료를 말합니다.

② 「암 주요치료III」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. 단순 호르몬제 치료(다만, 호르몬성 항암치료는 「암 주요치료III」에 포함됩니다)

단순 호르몬제 치료

암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.
가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 "암 주요치료III"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

제7조(「암수술」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술」이라 함은 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑥ 제1항 내지 제2항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의

- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제8조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」 등의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)를 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

③「항암약물치료(호르몬치료제외)」라 함은 제2항에서 정한「항암약물치료」중에서 제4항에서 정한 「항암호르몬약물치료」를 제외한 치료를 말합니다.

④「항암호르몬약물치료」라 함은 제2항에서 정한 「항암약물치료」 중에서 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 "호르몬성 항암제"를 말합니다.

1. 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"에서 정한 약효분류번호 421(항악성종양제), 617(주로 악성종양에 작용하는 것)에 해당하는 약제
2. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계에 따라 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터(KPIS)에서 부여한 국내 의약품 ATC코드에서 L02(항악성종양제 및 면역조절제 중 내분비 치료제)에 해당하는 약제

호르몬성 항암제
호르몬의 작용을 억제하거나 조절하여 암세포의 성장을 억제하는 약물

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고, 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"의 개정에 따라 제4항 제1호의 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

⑥ 제4항 제2호에도 불구하고, 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계의 개정으로 제4항 제2호의 "ATC코드"가 폐지 또는 변경되거나, 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터에서 국내 의약품에 대하여 "ATC코드"를 부여하지 않아 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 기준을 따릅니다.

제9조(「암중환자실치료」의 정의)

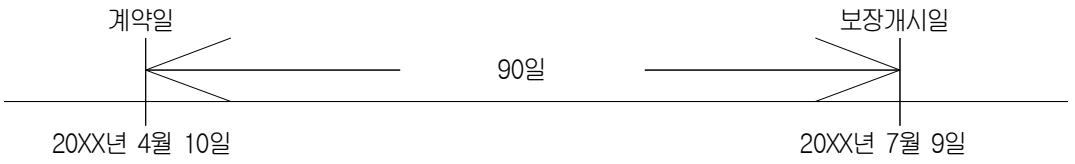
① 이 특별약관에서「암중환자실치료」라 함은 의사에 의하여 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「암(유사암제외)」으로 제2조(「상급종합병원」등의 정의) 제2항에서 정한 상급종합병원Ⅱ의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제10조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비Ⅳ(유사암제외)(치료별)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

< 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비Ⅳ(유사암제외)(치료별)의 보장개시일 >



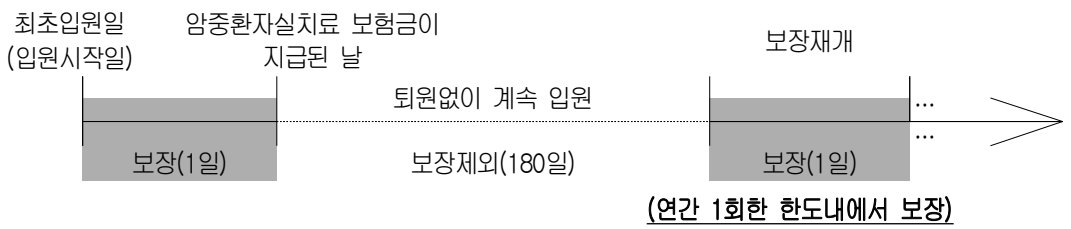
② 제1조(보험금의 지급사유)의 「암중환자실치료」는 상급종합병원Ⅱ의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)의 「암중환자실치료」는 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입

원을 말하며, 「암(유사암제외)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암(유사암제외)」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「암(유사암제외)」으로 진단된 경우에는 이는 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

④ 피보험자가 동일한 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「암(유사암제외)」에 대한 입원이라도 암중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시] 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



⑤ 피보험자가 다른 상급종합병원II 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	-
2026.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2026.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2027.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑥ 피보험자가 상급종합병원II 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원II 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 상급종합병원II 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원II에 해당하게 된 경우 상급종합병원II 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 암중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑩ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로

합니다.

제10조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단 확정되고 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 암 주요치료III를 받기 위해 치료일자 예약 후 제10조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다. 단, 암 주요치료III 중 암중환자실치료 및 항암호르몬약물치료는 「선지급 보험금」지급대상에서 제외합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

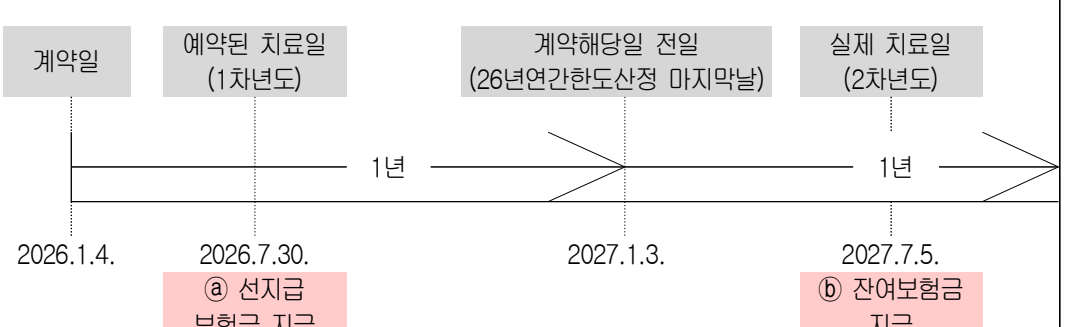
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시(지급횟수가 연간1회한 보장) 】



ⓐ 선지급 보험금 : 연간1회한 보장의 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입

ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으

로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제10조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제12조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제10조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제5조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(유사암제외)으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제10조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제14조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제15조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

171. 항암중입자방사선치료비 특별약관

171-1. 항암중입자방사선치료비(통합간편가입형) 특별약관
171-2. 항암중입자방사선치료비 특별약관
171-3. 항암중입자방사선치료비(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관
171-4. 항암중입자방사선치료비(갱신형_10년) 특별약관

171-1 및 171-2는 비갱신형으로 운영하며,
171-3 및 171-4는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 항암중입자방사선치료비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 「항암중입자방사선치료」를 받은 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
항암중입자방사선치료비	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「항암방사선치료」 및 「항암중입자방사선 치료」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 「항암방사선치료」라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암중입자방사선 치료」라 함은 제1항에서 정한 「항암방사선치료」중, 국내에 허가된 중입자치료센터 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 전리화된 탄소, 헬륨 등(수소 제외)의 중이온을 가속하여 암환자의 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.

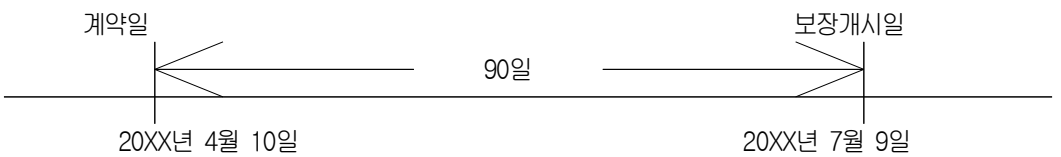
③ 제2항의 「항암양성자방사선치료」라 함은 제1항에서 정한 「항암방사선치료」중, 국내에 허가된 양성자치료센터 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 분리하여 얻은 양성자를 가속하여 암 환자의 몸에 조사함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 「항암방사선치료」를 말합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 항암중입자방사선치료비의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 최초계약의 경우 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
   (단, 갑상선암, 기타피부암에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다)
2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

< 항암중입자방사선치료비의 보장개시일 >
(최초계약에 한함)
(단, 기타피부암 및 갑상선암은 제외)



② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암」(갑상선암, 기타피부암은 제외합니다)으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 방사선 치료기록지, 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 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료

의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제9조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

171-3. 항암중입자방사선치료비(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관, 171-4. 항암중입자방사선치료비(갱신형_10년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 항암중입자방사선치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

172. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비IV(유사암)(치료별) 특별약관

172-1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비IV(유사암)(치료별)(통합간편가입형) 특별약관

172-2. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비IV(유사암)(치료별) 특별약관

172-1 및 172-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비IV(유사암)(치료별) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(「유사암」의 정의 및 진단확정)에서 정한「유사암」으로 진단확정되고 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 「상급종합병원」, 「국립암센터」, 「원자력의학원」에서 암 주요치료III(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 항암호르몬약물치료, 암중환자실치료)를 받은 경우에는 각 치료구분별 지급횟수에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	치료구분	지급횟수	지 급 금 액	
			계약일로부터 1년미만 발생시	계약일로부터 1년미만 발생시
상급종합병원 (국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비IV(유사암)(치료별)	암수술	수술1회당	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액
	항암방사선치료	연간1회한	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액
	항암약물치료 (호르몬치료제외)	연간1회한	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액
	항암호르몬약물치료	연간1회한	이 특별약관 보험가입금액의 x 25%	이 특별약관 보험가입금액의 x 50%
	암중환자실치료	연간1회한	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「상급종합병원」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「상급종합병원II」이라 함은 「상급종합병원」, 「국립암센터」, 「원자력의학원」을 말합니다.

제3조(「국립암센터」의 정의)

이 특별약관에서 「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말합니다.

[암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)]

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

[암관리법 제29조(부속기관의 설치)]

① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

제4조(「원자력의학원」의 정의)

이 특별약관에서 「원자력의학원」이라 함은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 제13조의3(분원 또는 부설기관)에서 정한 한국원자력의학원의 부속병원을 말합니다.

[방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립)]

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원을 설립한다.

[방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의3(분원 또는 부설기관)]

① 의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

제5조(「유사암」의 정의 및 진단확정)

① 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

1. 「갑상선암」이라 함은 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 【별표13-2】 「제자리신생물 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 【별표13-3】 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제6조(「암 주요치료Ⅲ」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 주요치료Ⅲ」라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 항암호르몬약물치료, 암중환자실치료를 말합니다.

② 「암 주요치료Ⅲ」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. 단순 호르몬제 치료(다만, 호르몬성 항암치료는 「암 주요치료Ⅲ」에 포함됩니다)

단순 호르몬제 치료

암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.

가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 “암 주요치료Ⅲ”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

제7조(「암수술」등의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술」이라 함은 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
⑤ 제2항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
⑥ 제1항 내지 제2항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제8조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」등의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다)를 말합니다.
② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)를 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.
③「항암약물치료(호르몬치료제외)」라 함은 제2항에서 정한「항암약물치료」중에서 제4항에서 정한 「항암호르몬약물치료」를 제외한 치료를 말합니다.
④「항암호르몬약물치료」라 함은 제2항에서 정한 「항암약물치료」 중에서 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 "호르몬성 항암제"를 말합니다.
1. 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"에서 정한 약효분류번호 421(항악성종양제), 617(주로 악성종양에 작용하는 것)에 해당하는 약제
2. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계에 따라 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터(KPIS)에서 부여한 국내 의약품 ATC코드에서 L02(항악성종양제 및 면역조절제 중 내분비 치료제)에 해당하는 약제

호르몬성 항암제
호르몬의 작용을 억제하거나 조절하여 암세포의 성장을 억제하는 약물

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고, 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"의 개정에 따라 제4항 제1호의 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.
⑥ 제4항 제2호에도 불구하고, 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계의 개정으로 제4항 제2호의 "ATC코드"가 폐지 또는 변경되거나, 건강보험심사평가

원 의약품관리종합정보센터에서 국내 의약품에 대하여 "ATC코드"를 부여하지 않아 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 기준을 따릅니다.

제9조(「암중환자실치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「암중환자실치료」라 함은 의사에 의하여 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「유사암」으로 제2조(「상급종합병원」등의 정의) 제2항에서 정한 상급종합병원Ⅱ의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다

② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

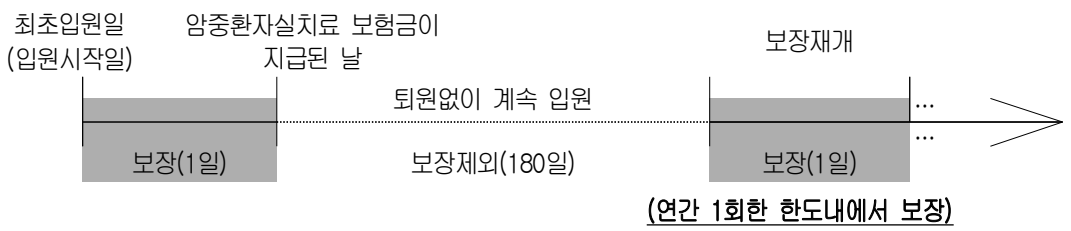
제10조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「암중환자실치료」는 상급종합병원Ⅱ의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 「암중환자실치료」는 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「유사암」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「유사암」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「유사암」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「유사암」으로 진단된 경우에는 이는 「유사암」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 동일한 「유사암」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「유사암」에 대한 입원이라도 암중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시] 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



④ 피보험자가 다른 상급종합병원Ⅱ 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	-
2026.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2026.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2027.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑤ 피보험자가 상급종합병원Ⅱ 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원Ⅱ 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환

자실치료 보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 상급종합병원Ⅱ 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원Ⅱ에 해당하게 된 경우 상급종합병원Ⅱ 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 암중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제10조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단 확정되고 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 암 주요치료Ⅲ를 받기 위해 치료일자 예약 후 제10조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다. 단, 암 주요치료Ⅲ 중 암중환자실치료 및 항암호르몬약물치료는 「선지급 보험금」지급대상에서 제외합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

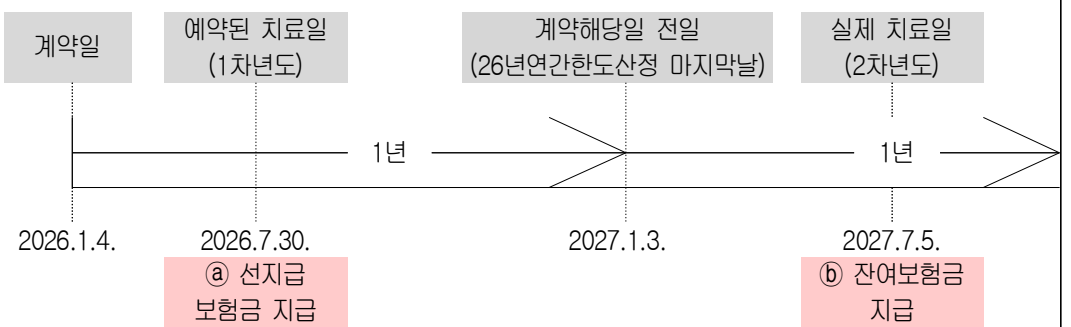
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시(지급횟수가 연간1회한 보장) 】



ⓐ 선지급 보험금 : 연간1회한 보장의 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입

ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제10조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제12조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

173. 항암방사선치료비 특별약관

173-1. 항암방사선치료비(통합간편가입형) 특별약관
173-2. 항암방사선치료비 특별약관

173-1 및 173-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 항암방사선치료비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」의 정의 및 진단확정)의 「암」등으로 진단이 확정되고 그 「암(갑상선암, 기타피부암 포함)」의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 아래 구분에 따라 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
항암방사선치료비	암	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갑상선암 기타피부암	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%×20%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 20%

제2조(「암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

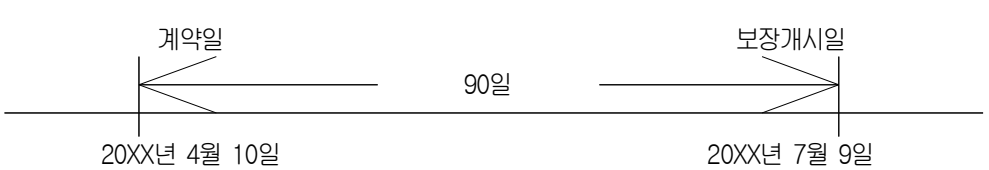
제3조(「항암방사선치료」의 정의)

이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다)를 말합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 항암방사선치료비의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(단, 갑상선암, 기타피부암에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다)부터 보장이 개시됩니다.

< 항암방사선치료비의 보장개시일 >
(단, 갑상선암, 기타피부암은 제외)



② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에도 불구하고 「암」으로 항암방사선치료비를 받은 후 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 추가적으로 항암방사선치료비는 보상하지 않습니다. 그러나, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 항암방사선치료를 받은 후 「암」으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 「암」에 해당하는 보험금을 지급합니다.
③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.
② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 방사선 치료기록지, 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 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 항암방사선치료비(단, 갑상선암, 기타피부암으로 진단 확정된 경우는 제외합니다) 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

174. 혈전제거치료비(급여_연간1회한) 특별약관

174-1. 혈전제거치료비(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관
174-2. 혈전제거치료비(급여_연간1회한) 특별약관

174-1 및 174-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 혈전제거치료비(급여_연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「뇌졸중」의 정의 및 진단확정)의 「뇌졸중」으로 진단확정 되고, 제4조(「뇌졸중 혈전제거술(급여)」의 정의)의 「뇌졸중 혈전제거술(급여)」을 받은 경우 또는 제3조(「특정허혈성심질환」의 정의 및 진단확정)의 「특정허혈성심질환」으로 진단확정 되고, 제5조 (「특정허혈성심질환 혈전제거술(급여)」의 정의)의 「특정허혈성심질환 혈전제거술(급여)」을 받은 경우 세부보장별 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
혈전제거치료비 (급여_연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

보 장
뇌졸중 혈전제거치료비(급여_연간1회한) 특정허혈성심질환 혈전제거치료비(급여_연간1회한)

제2조(「뇌졸중」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표17】 참조)에 해당하는 1. 거미막하출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항의 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]

Single Photon Emission Computed Tomography. γ선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제3조(「특정허혈성심질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정허혈성심질환」이라 함은 「특정허혈성심질환 분류표」(【별표64】참조)에 해당하는 1. 협심증, 2. 급성심근경색증, 3. 후속심근경색증, 4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증, 5. 오래된 심근경색증에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「특정허혈성심질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「특정허혈성심질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「특정허혈성심질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(「뇌졸중 혈전제거술(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서 「뇌졸중 혈전제거술(급여)」이라 함은 진료비세부내역서상「뇌졸중 혈전제거술(급여) 분류표」(【별표88】참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 「뇌졸중 혈전제거술(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제3항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

③ 제1항의「뇌졸중 혈전제거술(급여)」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만,「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여

상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑤「뇌졸중 혈전제거술(급여)」이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제5조(「특정허혈성심질환 혈전제거술(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정허혈성심질환 혈전제거술(급여)」이라 함은 진료비세부내역서상「특정허혈성심질환 혈전제거술(급여) 분류표」(【별표89】참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 「특정허혈성심질환 혈전제거술(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

③ 제1항의「특정허혈성심질환 혈전제거술(급여)」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만,「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

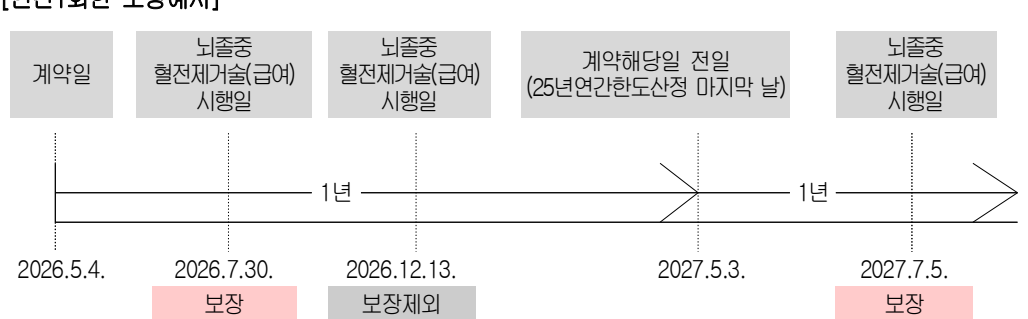
⑤「특정허혈성심질환 혈전제거술(급여)」이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 이 특별약관에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 「뇌졸중 혈전제거술(급여)」 또는 「특정허혈성심질환 혈전제거술(급여)」 의료행위를 받은 날로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[연간1회한 보장예시]



제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

175. 항암약물치료비 특별약관

175-1. 항암약물치료비(통합간편가입형) 특별약관
175-2. 항암약물치료비 특별약관

175-1 및 175-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 항암약물치료비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」의 정의 및 진단확정)의 「암」등으로 진단이 확정되고 그 「암(갑상선암, 기타피부암 포함)」의 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우에는 아래 구분에 따라 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
항암약물치료비	암	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갑상선암 기타피부암	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%×20%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 20%

제2조(「암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

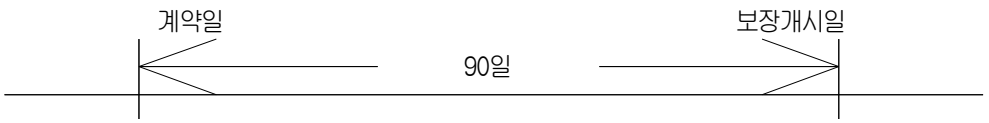
제3조(「항암약물치료」의 정의)

이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 항암약물치료비의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(단, 갑상선암, 기타피부암에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다)부터 보장이 개시됩니다.

< 항암약물치료비의 보장개시일 >
(단, 갑상선암, 기타피부암은 제외)



② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에도 불구하고 「암」으로 항암약물치료비를 받은 후 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 항암약물치료를 받은 경우에는 추가적으로 항암약물치료비는 보상하지 않습니다. 그러나, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 항암약물치료를 받은 후 「암」으로 항암약물치료를 받은 경우에는 「암」에 해당하는 보험금을 지급합니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 항암약물치료비(단, 갑상선암, 기타피부암으로 진단 확정된 경우는 제외합니다) 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

176-1. 2대질병주요치료비(치료별 연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관

176-1-1. 2대질병주요치료비(치료별 연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관

176-1-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 2대질병주요치료비(치료별 연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에「뇌혈관질환」또는「허혈성심질환」의 직접적인 치료를 목적으로 제3조(「2대질병 주요치료」의 정의)에서 정한「2대질병 주요치료」(2대질병수술, 2대질병 혈전용해치료, 2대질병 중환자실 치료)를 받은 경우에는 세부보장에 따른 치료구분별로 각각 연간1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
2대질병주요치료비_수술비(연간1회한)	뇌혈관질환 수술	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%(연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액(연간 1회한)
	허혈성심질환 수술	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%(연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액(연간 1회한)
2대질병주요치료비_혈전용해치료비(연간1회한)	뇌혈관질환 혈전용해치료	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%(연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액(연간 1회한)
	허혈성심질환 혈전용해치료	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%(연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액(연간 1회한)
2대질병주요치료비_중환자실치료비(종합병원)(연간1회한)	뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%(연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액(연간 1회한)
	허혈성심질환 종합병원 중환자실치료	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%(연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액(연간 1회한)

제2조(「2대질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「2대질병」이라 함은「뇌혈관질환」및「허혈성심질환」을 말합니다.

② 제1항의「뇌혈관질환」이라 함은「뇌혈관질환 분류표」(【별표19】참조)에 해당하는 1. 거미막하 출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협

착, 8. 기타 뇌혈관 질환, 9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 10. 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 제1항의「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이「뇌혈관질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

④ 제1항의「허혈성심질환」이라 함은「허혈성심질환 분류표」(【별표18】참조)에 해당하는 1. 협심증, 2. 급성심근경색증, 3. 후속심근경색증, 4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증, 5. 기타 급성 허혈심장질환, 6. 만성 허혈심장병으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 제1항의「허혈성심질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「허혈성심질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「허혈성심질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[양전자 방출 단층술(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제3조(「2대질병 주요치료」의 정의)

이 특별약관에서「2대질병 주요치료」라 함은「2대질병수술」,「2대질병 혈전용해치료」,「2대질병 중환자

실 치료」를 말합니다.

1.「2대질병수술」이라 함은 「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우
2.「2대질병 혈전용해치료」이라 함은 「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우
3.「2대질병 중환자실 치료」이라 함은 「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원 중환자실 치료」를 받은 경우

제4조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에는 「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 다음 각 호에 해당하는 치료를 받은 경우를 포함됩니다.

1. 내시경(Fiverscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파전극 등에 의한 경피적 수술. 카테터를 이용하여 혈관에 코일 등 색전물질을 주입하여 혈류를 막거나, 뇌동맥내 혈관확장제를 직접 주입하는 경우는 포함되며, 이 외의 카테터를 이용하여 약물을 주입하는 경우는 포함되지 않습니다.
2. 치료적 방사선 조사를 받은 경우

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
8. 혈관 조영술, 중심정맥관 삽입술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사가 「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항의「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항의 「혈전용해제」를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은 「혈전용해치료」에서 제외됩니다.

제6조(「종합병원 중환자실 치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「종합병원 중환자실 치료」라 함은 의사에 의하여 「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「2대질병」으로 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「종합병원 중환자실 치료」는 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

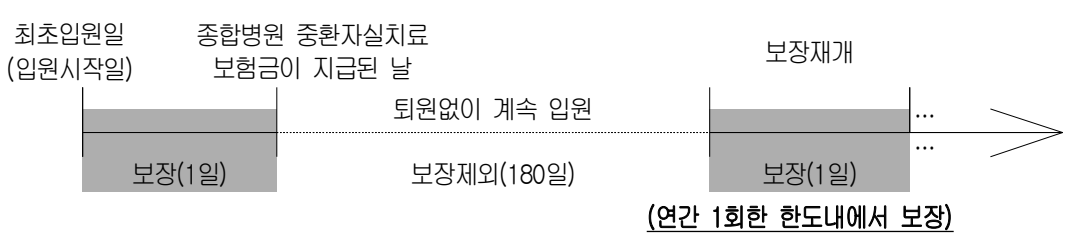
② 제1조(보험금의 지급사유)의 「뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료」는 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「뇌혈관질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌혈관질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌혈관질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「뇌혈관질환」으로 진단된 경우에는 이는 「뇌혈관질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)의 「허혈성심질환 종합병원 중환자실치료」는 「허혈성심질환」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「허혈성심질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「허혈성심질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「허혈성심질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「허혈성심질환」으로 진단된 경우에는 이는 「허혈성심질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

④ 피보험자가 동일한 「뇌혈관질환」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「뇌혈관질환」에 대한 입원이라도 뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

⑤ 피보험자가 동일한 「허혈성심질환」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「허혈성심질환」에 대한 입원이라도 허혈성심질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 허혈성심질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 허혈성심질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시] 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



⑥ 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

⑦ 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「허혈성심질환」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	-
2026.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2026.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2027.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑧ 피보험자가 종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑩ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 종합병원 중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑫ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제7조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌혈관질환」 또는「허혈성심질환」의 직접적인 치료를 목적으로 2대질병 주요치료를 받기 위해 치료일자 예약 후 제7조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다. 단, 2대질병 주요치료 중 2대질병 중환자실 치료는 「선지급 보험금」지급대상에서 제외합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

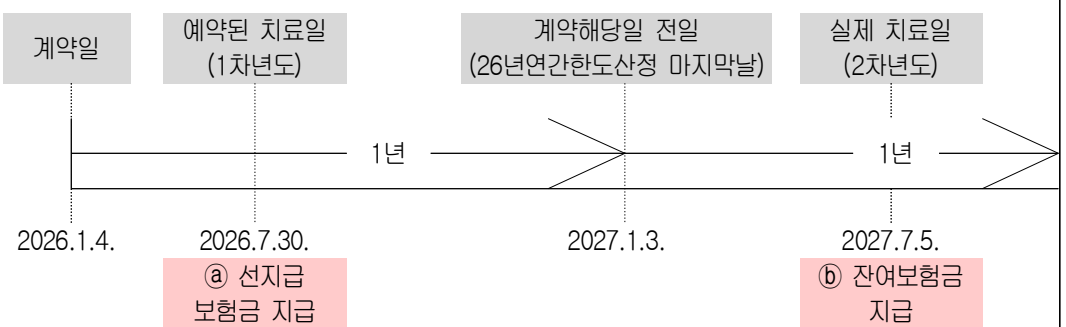
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시 】



ⓐ 선지급 보험금 : 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입
ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제7조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제1조(보험금의 지급사유)의 「뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료」 또는 「허혈성심질환 종합병원 중환자실치료」보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 제1조(보험금의 지급사유)의 「뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료」 또는 「허혈성심질환 종합병원 중환자실치료」보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

176-2. 2대질병주요치료비(치료별 연간1회한) 특별약관

176-2-1. 2대질병주요치료비(치료별 연간1회한) 특별약관

176-2-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 2대질병주요치료비(치료별 연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「2대질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심질환」으로 진단확정되고 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심질환」의 직접적인 치료를 목적으로 제3조(「2대질병 주요치료」의 정의)에서 정한 「2대질병 주요치료」(2대질병수술, 2대질병 혈전용해치료, 2대질병 중환자실 치료)를 받은 경우에는 세부보장에 따른 치료구분별로 각각 연간1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
2대질병주요치료비_수술비 (연간1회한)	뇌혈관질환 수술	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)
	허혈성심질환 수술	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)
2대질병주요치료비_혈전용해치료비 (연간1회한)	뇌혈관질환 혈전용해치료	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)
	허혈성심질환 혈전용해치료	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)
2대질병주요치료비_중환자실치료비 (종합병원) (연간1회한)	뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)
	허혈성심질환 종합병원 중환자실치료	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)

제2조(「2대질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「2대질병」이라 함은「뇌혈관질환」및「허혈성심질환」을 말합니다.

② 제1항의「뇌혈관질환」이라 함은「뇌혈관질환 분류표」(【별표19】참조)에 해당하는 1. 거미막하 출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 8. 기타 뇌혈관 질환, 9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 10. 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 제1항의「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이「뇌혈관질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

④ 제1항의「허혈성심질환」이라 함은「허혈성심질환 분류표」(【별표18】참조)에 해당하는 1. 협심증, 2. 급성심근경색증, 3. 후속심근경색증, 4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증, 5. 기타 급성 허혈심장질환, 6. 만성 허혈심장병으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 제1항의「허혈성심질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「허혈성심질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「허혈성심질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[양전자 방출 단층술(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제3조(「2대질병 주요치료」의 정의)

이 특별약관에서「2대질병 주요치료」라 함은「2대질병수술」,「2대질병 혈전용해치료」,「2대질병 중환자실 치료」를 말합니다.

1.「2대질병수술」이라 함은 「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우

2.「2대질병 혈전용해치료」이라 함은 「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우

3.「2대질병 중환자실 치료」이라 함은 「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원 중환자실 치료」를 받은 경우

제4조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료

효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에는 「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 다음 각 호에 해당하는 치료를 받은 경우를 포함됩니다.

1. 내시경(Fiverscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파전극 등에 의한 경피적 수술. 카테터를 이용하여 혈관에 코일 등 색전물질을 주입하여 혈류를 막거나, 뇌동맥내 혈관확장제를 직접 주입하는 경우는 포함되며, 이 외의 카테터를 이용하여 약물을 주입하는 경우는 포함되지 않습니다.
2. 치료적 방사선 조사를 받은 경우

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
8. 혈관 조영술, 중심정맥관 삽입술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사가 「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항의「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항의 「혈전용해제」를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은 「혈전용해치료」에서 제외됩니다.

제6조(「종합병원 중환자실 치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「종합병원 중환자실 치료」라 함은 의사에 의하여 「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「2대질병」으로 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「종합병원 중환자실 치료」는 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이

하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

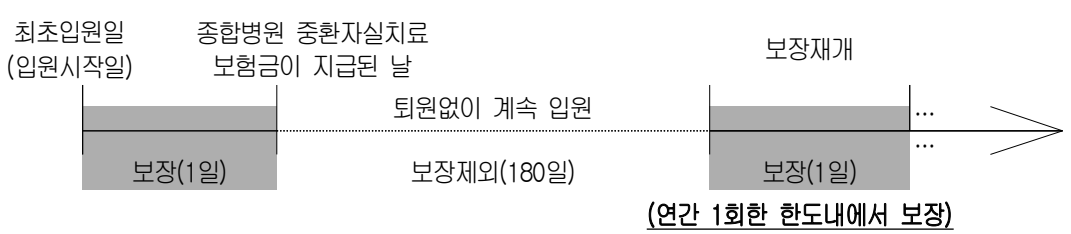
② 제1조(보험금의 지급사유)의 「뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료」는 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「뇌혈관질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌혈관질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌혈관질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「뇌혈관질환」으로 진단된 경우에는 이는 「뇌혈관질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)의 「허혈성심질환 종합병원 중환자실치료」는 「허혈성심질환」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「허혈성심질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「허혈성심질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「허혈성심질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「허혈성심질환」으로 진단된 경우에는 이는 「허혈성심질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

④ 피보험자가 동일한 「뇌혈관질환」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「뇌혈관질환」에 대한 입원이라도 뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

⑤ 피보험자가 동일한 「허혈성심질환」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「허혈성심질환」에 대한 입원이라도 허혈성심질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 허혈성심질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 허혈성심질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시] 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



⑥ 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

⑦ 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「허혈성심질환」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

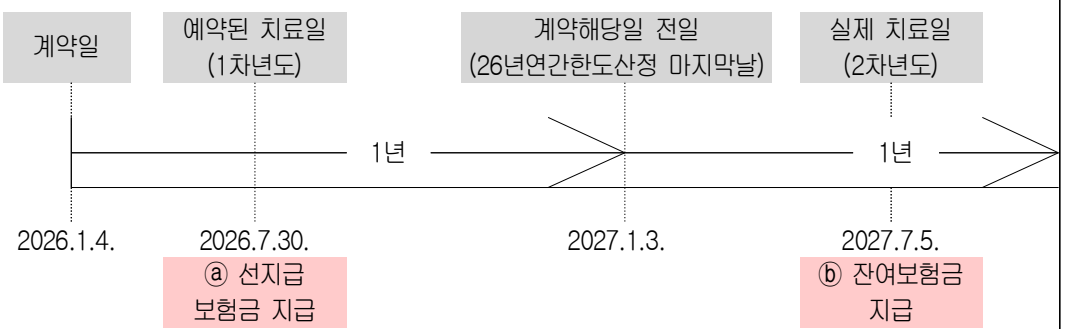
날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	-
2026.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2026.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2027.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑧ 피보험자가 종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 중환자실 치료 보험금을 지급합니다.
⑨ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 중환자실치료 보험금을 지급합니다.
⑩ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 종합병원 중환자실 치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑫ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제7조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌혈관질환」 또는「허혈성심질환」으로 진단 확정되고 「뇌혈관질환」 또는「허혈성심질환」의 직접적인 치료를 목적으로 2대질병 주요치료를 받기 위해 치료일자 예약 후 제7조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다. 단, 2대질병 주요치료 중 2대질병 중환자실 치료는 「선지급 보험금」 지급대상에서 제외합니다.
② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.
③「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.
⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.
1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우
⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시 】



ⓐ 선지급 보험금 : 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입
ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제7조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제1조(보험금의 지급사유)의 「뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료」 또는 「허혈성심질환 종합병원 중환자실치료」보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 제1조(보험금의 지급사유)의 「뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료」 또는 「허혈성심질환 종합병원 중환자실치료」보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

177-1. 간병인사용 질병입원비(종합병원)(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관

177-1-1. 간병인사용 질병입원비(종합병원)(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관

177-1-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 질병입원비(종합병원)(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 종합병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.
   다만, 간병인사용 질병입원비(종합병원)(1일-180일)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 기 준	경과기간	지 급 금 액
간병인사용 질병입원비 (종합병원) (1일-180일)	간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	계약일로부터 1년미만 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 25%(180일한도)
		계약일로부터 1년이후 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(180일한도)
	간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	계약일로부터 1년미만 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(180일한도)
		계약일로부터 1년이후 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)

※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.

※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 「종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제3조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 질병입원비(종합병원)(1일-180일)에서 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 이때, 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다.

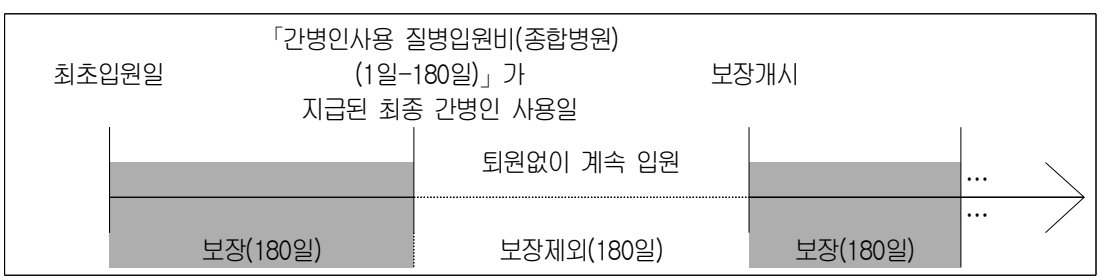
<간병인사용 질병입원비(종합병원)(1일-180일) 계산예시>
· 보험계약일(보장개시일) : 202X년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원 · 입원기간 및 간병인 사용일 예시 - 입원기간 : 202X년 4월 1일 ~ 202X년 4월 30일 - 간병인 사용일 및 사용금액 · 202X년 4월 10일 ~ 4월 17일 사용 : 총 사용일수 8일, 총사용금액 88만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당. → 2만원 × 8일 = 16만원 지급 · 202X년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 사용 : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당

→ 1만원 × 8일 = 8만원 지급
· 간병인사용 질병입원비(종합병원)(1일-180일) 지급금액
: 간병인 사용일수 16일, 보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 더하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인사용 질병입원비(종합병원)(1일-180일)가 지급된 최종 입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

④ 다음과 같이 간병인사용 질병입원비(종합병원)(1일-180일)가 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「간병인사용 질병입원비(종합병원)(1일-180일)」가 지급된 최종 간병인 사용일의 다음날을 퇴원일로 봅니다.



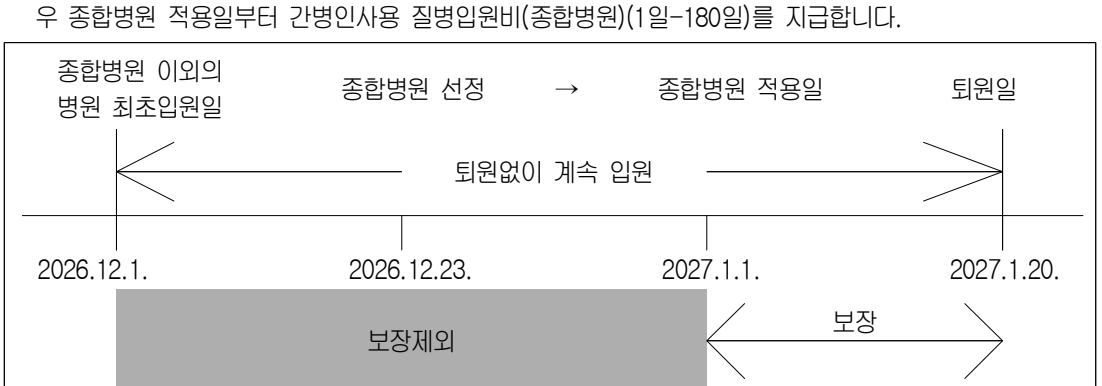
⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다. 단, 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다.

⑥ 최초 입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우 1일당 지급금액은 1년미만의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년미만 발생시 지급금액을 적용하며, 1년이후의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년이후 발생시 지급금액을 적용합니다.

⑦ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료받던 중 「종합병원」에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 간병인사용 질병입원비(종합병원)(1일-180일)를 지급합니다.

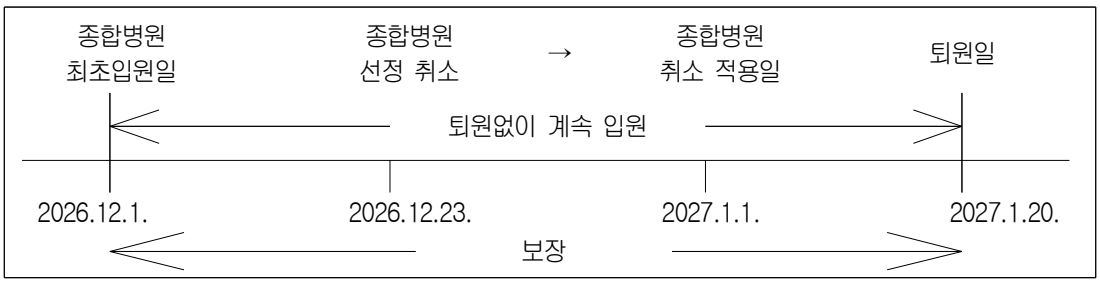
⑧ 피보험자가 「종합병원」에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「종합병원 이외의 병원」으로 이전하여 입원한 경우 해당 「종합병원」 퇴원일까지 간병인사용 질병입원비(종합병원)(1일-180일)를 지급합니다.

⑨ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 간병인사용 질병입원비(종합병원)(1일-180일)를 지급합니다.



⑩ 피보험자가 「종합병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 간병인사용 질병입원비(종합병원)(1일-180일)를 지급

합니다.



⑪ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 질병입원비(종합병원)(1일-180일)는 지급하지 않습니다.

제6조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 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.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

177-2. 간병인사용 질병입원비Ⅱ(종합병원)(1일-180일)특별약관

177-2-1. 간병인사용 질병입원비Ⅱ(종합병원)(1일-180일) 특별약관

177-2-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 질병입원비Ⅱ(종합병원)(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 종합병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.
   다만, 간병인사용 질병입원비Ⅱ(종합병원)(1일-180일)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 기 준	경과기간	지 급 금 액
간병인사용 질병입원비 II(종합병원) (1일-180일)	간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	계약일로부터 1년미만 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 25%(180일한도)
		계약일로부터 1년이후 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(180일한도)
	간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	계약일로부터 1년미만 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(180일한도)
		계약일로부터 1년이후 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)

※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.

※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 「종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제3조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「간병인사용 질병입원비II(종합병원)(1일-180일)」에서 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 이때, 간병인 사용

일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다.

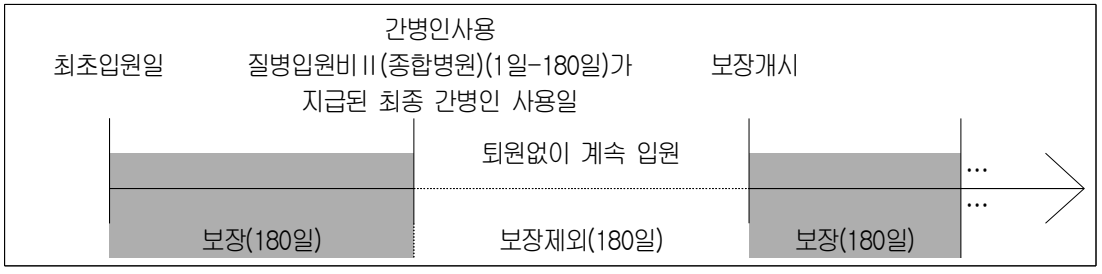
<간병인사용 질병입원비Ⅱ(종합병원)(1일-180일) 계산예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 202X년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원
· 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 202X년 4월 1일 ~ 202X년 4월 30일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
  · 202X년 4월 10일 ~ 4월 17일 사용 : 총 사용일수 8일, 총사용금액 88만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당.
  → 2만원 × 8일 = 16만원 지급
  · 202X년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 사용
  : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당
  → 1만원 × 8일 = 8만원 지급
· 간병인사용 질병입원비Ⅱ(종합병원)(1일-180일) 지급금액
 : 간병인 사용일수 16일, 보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 더하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인사용 질병입원비Ⅱ(종합병원)(1일-180일)가 지급된 최종 입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

④ 다음과 같이 간병인사용 질병입원비Ⅱ(종합병원)(1일-180일)가 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용 질병입원비Ⅱ(종합병원)(1일-180일)가 지급된 최종 간병인 사용일의 다음날을 퇴원일로 봅니다.



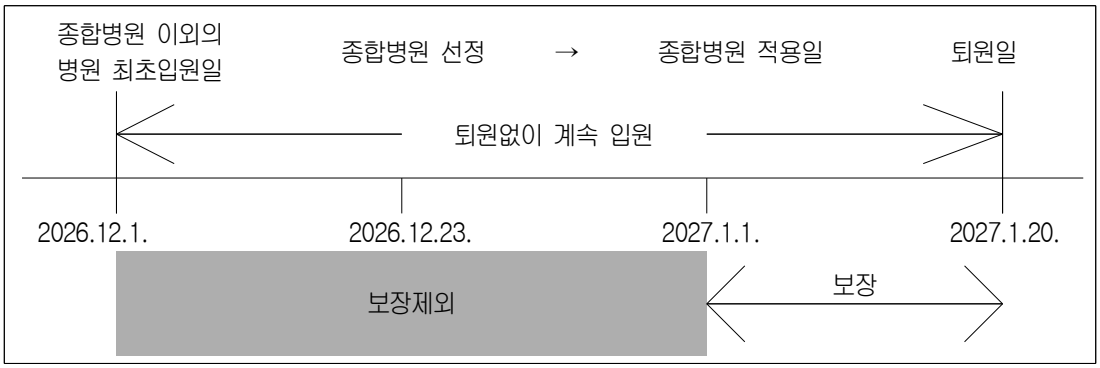
⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다. 단, 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다.

⑥ 최초 입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우 1일당 지급금액은 1년미만의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년미만 발생시 지급금액을 적용하며, 1년이후의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년이후 발생시 지급금액을 적용합니다.

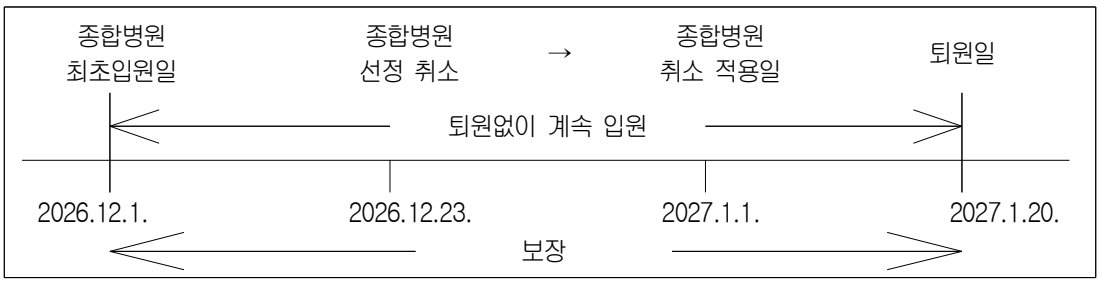
⑦ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료받던 중 「종합병원」에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 간병인사용 질병입원비Ⅱ(종합병원)(1일-180일)를 지급합니다.

⑧ 피보험자가 「종합병원」에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「종합병원 이외의 병원」으로 이전하여 입원한 경우 해당 「종합병원」 퇴원일까지 간병인사용 질병입원비Ⅱ(종합병원)(1일-180일)를 지급합니다.

⑨ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 간병인사용 질병입원비Ⅱ(종합병원)(1일-180일)를 지급합니다.



⑩ 피보험자가 「종합병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 간병인사용 질병입원비Ⅱ(종합병원)(1일-180일)를 지급합니다.



⑪ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 질병입원비Ⅱ(종합병원)(1일-180일)는 지급하지 않습니다.

제6조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 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.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

178-1. 상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비Ⅱ(연간주요치료 2회및3회이상)(통합간편가입형) 특별약관

178-1-1. 상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비Ⅱ(연간주요치료 2회및3회이상)(통합간편가입형) 특별약관

178-1-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비Ⅱ(연간주요치료 2회및3회이상) :이 특별약관의 보험기간 중에「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「상급종합병원」에서 제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」의 정의)에서 정한「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」(수술(혈전제거제외), 혈전제거치료, 혈전용해치료, 중환자실치료)의 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」가 2회 이상인 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수	지 급 금 액		
		보험계약일로부터 90일 미만	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이후
상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비Ⅱ(연간주요치료 2회및3회이상)	2회	이 특별약관 보험가입금액의 10%	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액
	3회이상	이 특별약관 보험가입금액의 15%	이 특별약관 보험가입금액의 75%	이 특별약관 보험가입금액의 150%

2. 위 제1호에도 불구하고, 피보험자가 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」 2회에 해당하는 보험금을 지급받은 후 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」3회 이상에 해당하게 된 경우에는 3회 이상에 해당하는 보험금 중에서 이미 지급받은 보험금을 차감하고 지급합니다.

제2조(「순환계질환(특정질병제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 분류표」(【별표84】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서「특정질병」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서「특정순환계질환Ⅱ 분류표」(【별표85】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③「순환계질환(특정질병제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 혈액검사(혈액 중 심장효소검사 등), 뇌척수액 검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가「순환계질환(특정질병제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이「순환계질환(특정질병제외)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」의 정의)

이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」라 함은「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「수술(혈전제거제외)」을 받은 경우
2.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전제거치료」를 받은 경우
3.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우
4.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「중환자실치료」를 받은 경우

제4조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
8. 혈관 조영술, 중심정맥관 삽입술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「혈전제거치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전제거치료」라 함은 의사가 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

②「혈전제거술」이라 함은 “혈관으로부터 혈전을 제거하는 것”을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제6조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사가「순환계질환(특정질병제외) 중 뇌혈관질환」또는「순환계질환(특정질병제외) 중 심혈관및기타질환」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항의「혈전용해제」라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하

는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항의「혈전용해제」를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은「혈전용해치료」에서 제외됩니다.

제7조(「중환자실치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「중환자실치료」라 함은 의사에 의하여「순환계질환(특정질병제외)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에「순환계질환(특정질병제외)」으로 「상급종합병원」의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제8조(「상급종합병원」의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 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.

제9조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에서 「순환계질환(특정질병제외) 주요치료II」라 함은 「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 시행되는 「수술(혈전제거제외)」,「혈전제거치료」,「혈전용해치료」또는 「중환자실치료」의 치료를 말합니다.

②「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」라 함은 피보험자가 「순환계질환(특정질병제외)」로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 상급종합병원에서 받은 「순환계질환(특정질병제외) 주요치료II」의 치료항목별 연간치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.

주 요 치 료 항 목	산정기준
수술(혈전제거제외)	수술1회당
혈전제거치료	연간1회당
혈전용해치료	연간1회당
중환자실 치료	연간1회당

[예시] 연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 산정 예시 ※ 상급종합병원 치료에 한함

예시1)
연간 수술(혈전제거제외) 1회,
연간 혈전제거치료 1회,
연간 혈전용해치료 1회,
연간 중환자실 치료 1회 시행한 경우
⇒ 연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 : 4회 (1회+1회+1회+1회)

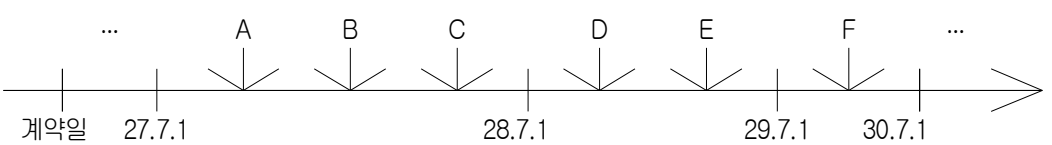
예시2)
연간 수술(혈전제거제외) 0회,
연간 혈전제거치료 2회,
연간 혈전용해치료 1회,
연간 중환자실 치료 2회 시행한 경우
⇒ 연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 : 3회 (0회+1회+1회+1회)

예시3)
연간 수술(혈전제거제외) 2회,
연간 혈전제거치료 0회,
연간 혈전용해치료 1회,
연간 중환자실 치료 3회 시행한 경우
⇒ 연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 : 4회 (2회+0회+1회+1회)

③ 제2항의 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」는 계약해당일을 기준으로 매년 재산정됩니다.

[보험금 지급 예시 (보험가입금액 1,000만원 기준)] ※ 상급종합병원 치료에 한함
- 특별약관의 계약일 : 2026년 7월 1일
- 순환계질환(특정질병제외) 진단일 : 2027년 6월 1일

A : 수술(혈전제거제외)
B : 혈전제거치료
C : 혈전용해치료
D : 수술(혈전제거제외)
E : 혈전제거치료
F : 혈전용해치료



A : 보험금 미지급(연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 1회)
B : 1,000만원 지급(연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 2회)
C : 500만원 지급(연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 3회)
⇒ 3회 이상에 해당하는 보험금(1,500만원) 중에서 이미 지급받은 보험금(1,000만원)을 차감하고 지급
D : 보험금 미지급(연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 1회)
E : 1,000만원 지급(연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 2회)
F : 보험금 미지급(연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 1회)

④ 피보험자가 연간 1년 이내에 상급종합병원에서 각각 다른 순환계질환(특정질병제외)으로 혈전제거치료를 받은 경우에도 주요치료항목 중 「혈전제거치료」에 한하여 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료

횟수」를 1회로 산정합니다.

⑤ 피보험자가 연간 1년 이내에 상급종합병원에서 각각 다른 순환계질환(특정질병제외)으로 혈전용해치료를 받은 경우에도 주요치료항목 중 「혈전용해치료」에 한하여 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」를 1회로 산정합니다.

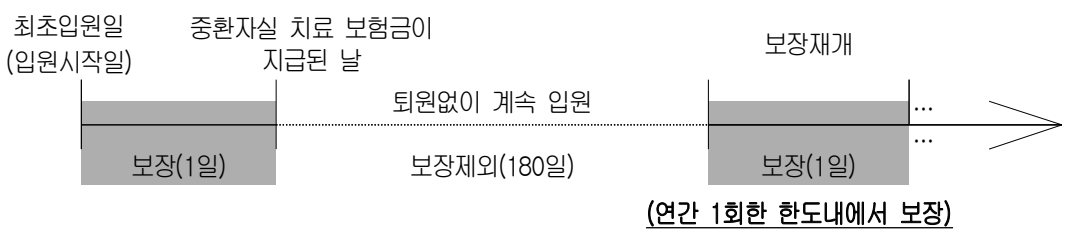
⑥ 피보험자가 연간 1년 이내에 상급종합병원에서 각각 다른 순환계질환(특정질병제외)으로 중환자실에 입원한 경우에도 주요치료항목 중 「순환계질환(특정질병제외) 중환자실치료」에 한하여 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」를 1회로 산정합니다.

⑦ 제2항의 「중환자실치료」는 상급종합병원에서 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 "입원시작일"이라 합니다) 기준으로 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」를 산정합니다. 제3항에 따라 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」가 재산정 되더라도 동일한 순환계질환(특정질병제외)에 대한 입원의 경우 재산정 대상에서 제외됩니다.

⑧ 제7항의 「중환자실치료」는 동일한 순환계질환(특정질병제외)에 대한 입원이라도 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」에 산정된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」에 산정된 날로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」가 산정된 날의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

⑨ 제8항의 새로운 입원인 경우에도 제2항에 따라 연간1회에 한하여 산정됩니다.

[예시] 중환자실 치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



[예시] 동일한 순환계질환(특정질병제외)의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 횟수산정여부

예시1)

특별약관의 계약일 : 2026년 6월 23일

날짜	구분	횟수산정 여부	사유
2026.10.1. ~ 2026.10.5	중환자실입원(1차)	인정	-
2027.5.1. ~ 2027.5.5	중환자실입원(2차)	불인정	1차 퇴원 후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(미충족)
2027.7.1. ~ 2027.7.5	중환자실입원(3차)	인정	1차 퇴원후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(충족)

예시2)

특별약관의 계약일 : 2026년 6월 23일

날짜	구분	횟수산정 여부	사유
2027.6.1.~2027.6.5	중환자실입원(1차)	인정	-
2027.8.1.~2027.8.5.	중환자실입원(2차)	불인정	1차 퇴원 후 180일 경과(미충족) 연간 1회한 한도(충족)
2027.12.21.~2028.12.25.	중환자실입원(3차)	인정	1차 퇴원후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(충족)

⑩ 피보험자가 상급종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중환자실치료 보험금을 지급합니다.
⑪ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중환자실치료 보험금을 지급합니다.
⑫ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑬ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑭ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제10조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제11조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

178-2. 상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비II(연간주요치료 2회및3회이상) 특별약관

178-2-1. 상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비II(연간주요치료 2회및3회이상) 특별약관

178-2-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비II(연간주요치료 2회및3회이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「순환계질환(특정질병제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단확정되고 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「상급종합병원」에서 제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료II」의 정의)에서 정한「순환계질환(특정질병제외) 주요치료II」(수술(혈전제거제외), 혈전제거치료, 혈전용해치료, 중환자실치료)의 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」가 2회 이상인 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	연간 순환계질환 (특정질병제외) 주요치료횟수	지 급 금 액		
		보험계약일로부터 90일 미만	보험계약일로부터 1년 미만	보험계약일로부터 1년 이후
상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비Ⅱ(연간주요치료 2회및3회이상)	2회	이 특별약관 보험가입금액의 10%	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액
	3회이상	이 특별약관 보험가입금액의 15%	이 특별약관 보험가입금액의 75%	이 특별약관 보험가입금액의 150%

2. 위 제1호에도 불구하고, 피보험자가 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」 2회에 해당하는 보험금을 지급받은 후 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」3회 이상에 해당하게 된 경우에는 3회 이상에 해당하는 보험금 중에서 이미 지급받은 보험금을 차감하고 지급합니다.

제2조(「순환계질환(특정질병제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 분류표」(【별표84】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서「특정질병」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서「특정순환계질환Ⅱ 분류표」(【별표85】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③「순환계질환(특정질병제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 혈액검사(혈액 중 심장효소검사 등), 뇌척수액 검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가「순환계질환(특정질병제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이「순환계질환(특정질병제외)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」의 정의)

이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅱ」라 함은「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「수술(혈전제거제외)」을 받은 경우
2.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전제거치료」를 받은 경우
3.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우
4.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「중환자실치료」를 받은 경우

제4조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료

효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
8. 혈관 조영술, 중심정맥관 삽입술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「혈전제거치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전제거치료」라 함은 의사가 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

②「혈전제거술」이라 함은 “혈관으로부터 혈전을 제거하는 것”을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제6조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사가「순환계질환(특정질병제외) 중 뇌혈관질환」또는「순환계질환(특정질병제외) 중 심혈관및기타질환」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항의「혈전용해제」라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항의「혈전용해제」를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은「혈전용해치료」에서 제외됩니다.

제7조(「중환자실치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「중환자실치료」라 함은 의사에 의하여「순환계질환(특정질병제외)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에「순환계질환(특정질병제외)」으로 「상급종합병원」의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제8조(「상급종합병원」의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원

을 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. 제77조 제1항에 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.

제9조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에서 「순환계질환(특정질병제외) 주요치료II」라 함은 「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 시행되는 「수술(혈전제거제외)」,「혈전제거치료」,「혈전용해치료」또는 「중환자실치료」의 치료를 말합니다.

②「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」라 함은 피보험자가 「순환계질환(특정질병제외)」로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 상급종합병원에서 받은 「순환계질환(특정질병제외) 주요치료II」의 치료항목별 연간치료횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.

주 요 치 료 항 목	산정기준
수술(혈전제거제외)	수술1회당
혈전제거치료	연간1회당
혈전용해치료	연간1회당
중환자실 치료	연간1회당

[예시] 연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 산정 예시 ※ 상급종합병원 치료에 한함

예시1)
연간 수술(혈전제거제외) 1회,
연간 혈전제거치료 1회,
연간 혈전용해치료 1회,
연간 중환자실 치료 1회 시행한 경우
⇒ 연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 : 4회 (1회+1회+1회+1회)

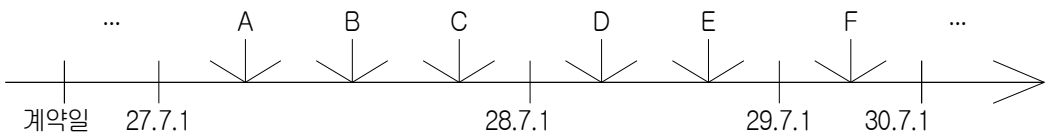
예시2)
연간 수술(혈전제거제외) 0회,
연간 혈전제거치료 2회,
연간 혈전용해치료 1회,
연간 중환자실 치료 2회 시행한 경우
⇒ 연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 : 3회 (0회+1회+1회+1회)

예시3)
연간 수술(혈전제거제외) 2회,
연간 혈전제거치료 0회,
연간 혈전용해치료 1회,
연간 중환자실 치료 3회 시행한 경우
⇒ **연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 : 4회 (2회+0회+1회+1회)**

③ 제2항의 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」는 계약해당일을 기준으로 매년 재산정됩니다.

[보험금 지급 예시 (보험가입금액 1,000만원 기준)] ※ 상급종합병원 치료에 한함
- 특별약관의 계약일 : 2026년 7월 1일
- 순환계질환(특정질병제외) 진단일 : 2027년 6월 1일

A : 수술(혈전제거제외)
B : 혈전제거치료
C : 혈전용해치료
D : 수술(혈전제거제외)
E : 혈전제거치료
F : 혈전용해치료



A : 보험금 미지급(연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 1회)
B : 1,000만원 지급(연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 2회)
C : 500만원 지급(연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 3회)
⇒ 3회 이상에 해당하는 보험금(1,500만원) 중에서 이미 지급받은 보험금(1,000만원)을 차감하고 지급
D : 보험금 미지급(연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 1회)
E : 1,000만원 지급(연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 2회)
F : 보험금 미지급(연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료횟수 1회)

④ 피보험자가 연간 1년 이내에 상급종합병원에서 각각 다른 순환계질환(특정질병제외)으로 혈전제거치료를 받은 경우에도 주요치료항목 중 「혈전제거치료」에 한하여 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」를 1회로 산정합니다.

⑤ 피보험자가 연간 1년 이내에 상급종합병원에서 각각 다른 순환계질환(특정질병제외)으로 혈전용해치료를 받은 경우에도 주요치료항목 중 「혈전용해치료」에 한하여 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」를 1회로 산정합니다.

⑥ 피보험자가 연간 1년 이내에 상급종합병원에서 각각 다른 순환계질환(특정질병제외)으로 중환자실에 입원한 경우에도 주요치료항목 중 「순환계질환(특정질병제외) 중환자실치료」에 한하여 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」를 1회로 산정합니다.

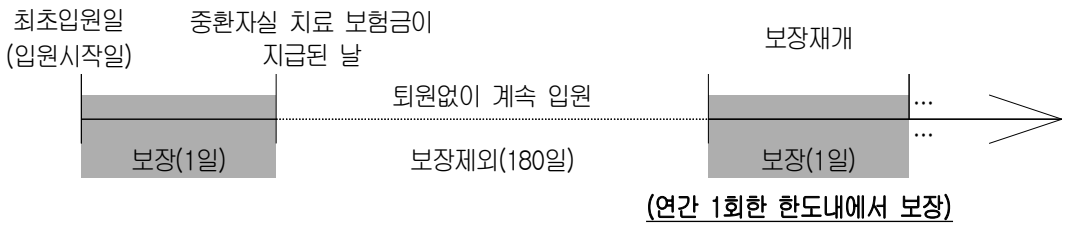
⑦ 제2항의 「중환자실치료」는 상급종합병원에서 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 "입원시작일"이라 합니다) 기준으로 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」를 산정합니다. 제3항에 따라 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」가 재산정 되더라도 동일한 순환계질환(특정질병제외)에 대한 입원의 경우 재산정 대상에서 제외됩니다.

⑧ 제7항의 「중환자실치료」는 동일한 순환계질환(특정질병제외)에 대한 입원이라도 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」에 산정된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」에 산정된 날로부터

180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「연간 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 횟수」가 산정된 날의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

⑨ 제8항의 새로운 입원인 경우에도 제2항에 따라 연간1회에 한하여 산정됩니다.

[예시] 중환자실 치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



[예시] 동일한 순환계질환(특정질병제외)의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 횟수산정여부

예시1)

특별약관의 계약일 : 2026년 6월 23일

날짜	구분	횟수산정 여부	사유
2026.10.1. ~ 2026.10.5	중환자실입원(1차)	인정	-
2027.5.1. ~ 2027.5.5	중환자실입원(2차)	불인정	1차 퇴원 후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(미충족)
2027.7.1. ~ 2027.7.5	중환자실입원(3차)	인정	1차 퇴원후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(충족)

예시2)

특별약관의 계약일 : 2026년 6월 23일

날짜	구분	횟수산정 여부	사유
2027.6.1.~2027.6.5	중환자실입원(1차)	인정	-
2027.8.1.~2027.8.5.	중환자실입원(2차)	불인정	1차 퇴원 후 180일 경과(미충족) 연간 1회한 한도(충족)
2027.12.21.~2028.12.25.	중환자실입원(3차)	인정	1차 퇴원후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도(충족)

⑩ 피보험자가 상급종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중환자실 치료 보험금을 지급합니다.

⑪ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑫ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑭ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로

합니다.

제10조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제11조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

179-1. 상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III(치료별)(통합간편가입형) 특별약관

179-1-1. 상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III(치료별)(통합간편가입형) 특별약관

179-1-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III(치료별) : 이 특별약관의 보험기간 중에「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「상급종합병원」에서 제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료III」의 정의)에서 정한「순환계질환(특정질병제외) 주요치료III」(수술(혈전제거제외), 혈전제거치료, 뇌혈관질환 혈전용해치료, 심혈관및기타질환 혈전용해치료, 중환자실치료)를 받은 경우에는 각 세부보장별 지급횟수에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III(치료별)	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 90일미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 10%
		계약일로부터 90일이상 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액
	갱신계약	갱신일로부터	이 세부보장 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장 및 지급횟수는 아래와 같습니다.

세부보장	지급횟수
상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III_ 수술비(혈전제거제외)(수술당) 보장	수술1회당
상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III_ 혈전제거치료비(연간1회한) 보장	연간1회한
상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III_ 뇌혈관질환 혈전용해치료비(연간1회한) 보장	연간1회한
상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III_ 심혈관및기타 혈전용해치료비(연간1회한) 보장	연간1회한
상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III_ 중환자실치료비(종합병원)(연간1회한) 보장	연간1회한

제2조(「순환계질환(특정질병제외)」 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 분류표」(【별표84】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외) 중 뇌혈관질환」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 중 뇌혈관질환 분류표」(【별표103】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외) 중 심혈관및기타질환」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 중 심혈관및기타질환 분류표」(【별표104】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에서「특정질병」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서「특정순환계질환II 분류표」(【별표85】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤「순환계질환(특정질병제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 혈액검사(혈액 중 심장효소검사 등), 뇌척수액 검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가「순환계질환(특정질병제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이「순환계질환(특정질병제외)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료III」의 정의)

이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외) 주요치료III」라 함은「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「수술(혈전제거제외)」을 받은 경우
2.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전제거치료」를 받은 경우
3.「순환계질환(특정질병제외) 중 뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우
4.「순환계질환(특정질병제외) 중 심혈관및기타질환」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우

5.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「중환자실치료」를 받은 경우

제4조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
8. 혈관 조영술, 중심정맥관 삽입술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「혈전제거치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전제거치료」라 함은 의사가 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

②「혈전제거술」이라 함은 “혈관으로부터 혈전을 제거하는 것”을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제6조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사가「순환계질환(특정질병제외) 중 뇌혈관질환」또는「순환계질환(특정질병제외) 중 심혈관및기타질환」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항의「혈전용해제」라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항의「혈전용해제」를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은「혈전용해치료」에서 제외됩니다.

제7조(「중환자실치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「중환자실치료」라 함은 의사에 의하여「순환계질환(특정질병제외)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에「순환계질환(특정질병제외)」으로 「상급종합병원」의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제8조(「상급종합병원」의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 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.

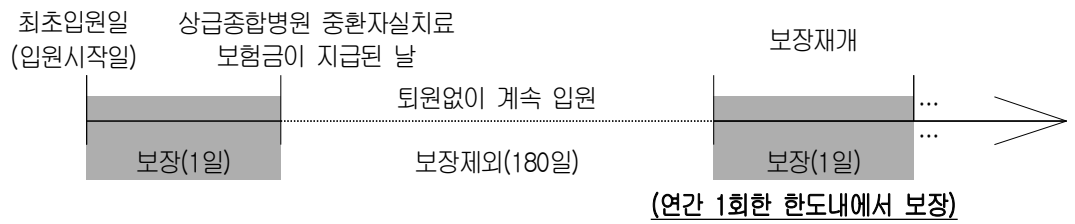
제9조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실치료」는 상급종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실치료」는 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「순환계질환(특정질병제외)」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단된 경우에는 이는 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」에 대한 입원이라도 상급종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 상급종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다

[예시] 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



④ 피보험자가 다른 상급종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	-
2026.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2026.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2027.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑤ 피보험자가 상급종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상급종합병원 중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제9조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 순환계질환(특정질병제외) 주요치료III를 받기 위해 치료일자 예약 후 제9조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다. 단, 순환계질환(특정질병제외) 주요치료III 중 중환자실치료는 「선지급 보험금」지급대상에서 제외합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지

체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

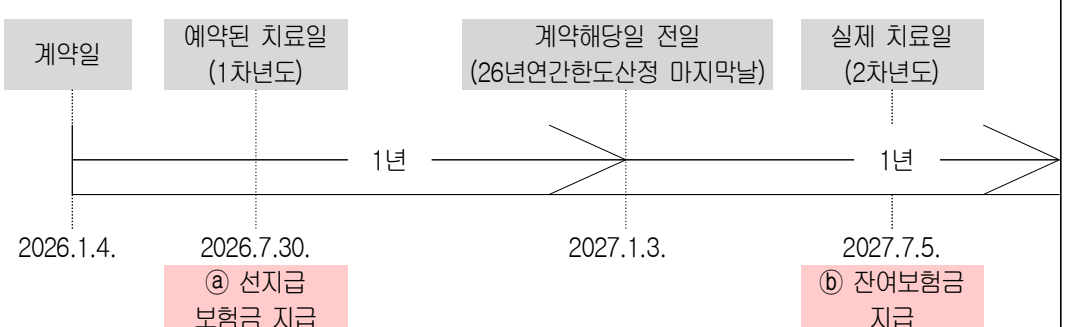
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제10조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시(지급횟수가 연간1회한 보장) 】



ⓐ 선지급 보험금 : 연간1회한 보장의 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입

ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제9조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제11조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

179-2. 상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III(치료별) 특별약관

179-2-1. 상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III(치료별) 특별약관

179-2-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III(치료별) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「순환계질환(특정질병제외)」등의 정의 및 진단확정)에서 정한「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단확정되고 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「상급종합병원」에서 제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료III」의 정의)에서 정한「순환계질환(특정질병제외) 주요치료III」(수술(혈전제거제외), 혈전제거치료, 뇌혈관질환 혈전용해치료, 심혈관및기타질환 혈전용해치료, 중환자실치료)를 받은 경우에는 각 세부보장별 지급횟수에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III(치료별)	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 90일미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 10%
		계약일로부터 90일이상 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액
	갱신계약	갱신일로부터	이 세부보장 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장 및 지급횟수는 아래와 같습니다.

세부보장	지급횟수
상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III_ 수술비(혈전제거제외)(수술당) 보장	수술1회당
상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III_ 혈전제거치료비(연간1회한) 보장	연간1회한
상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III_ 뇌혈관질환 혈전용해치료비(연간1회한) 보장	연간1회한
상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III_ 심혈관및기타 혈전용해치료비(연간1회한) 보장	연간1회한
상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III_ 중환자실치료비(종합병원)(연간1회한) 보장	연간1회한

제2조(「순환계질환(특정질병제외)」 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「순환계질환(특정질병제외)」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 분류표」(【별표84】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「순환계질환(특정질병제외) 중 뇌혈관질환」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 중 뇌혈관질환 분류표」(【별표103】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「순환계질환(특정질병제외) 중 심혈관및기타질환」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「순환계질환(특정질병제외) 중 심혈관및기타질환 분류표」(【별표104】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「특정질병」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「특정순환계질환II 분류표」(【별표85】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 「순환계질환(특정질병제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 혈액검사(혈액 중 심장효소검사 등), 뇌척수액 검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「순환계질환(특정질병제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이「순환계질환(특정질병제외)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅲ」의 정의)

이 특별약관에서「순환계질환(특정질병제외) 주요치료Ⅲ」라 함은「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「수술(혈전제거제외)」을 받은 경우
2.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전제거치료」를 받은 경우
3.「순환계질환(특정질병제외) 중 뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우
4.「순환계질환(특정질병제외) 중 심혈관및기타질환」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해치료」를 받은 경우
5.「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로「중환자실치료」를 받은 경우

제4조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
8. 혈관 조영술, 중심정맥관 삽입술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「혈전제거치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전제거치료」라 함은 의사가 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적

으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

② 「혈전제거술」이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제6조(「혈전용해치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전용해치료」라 함은 의사가「순환계질환(특정질병제외) 중 뇌혈관질환」또는「순환계질환(특정질병제외) 중 심혈관및기타질환」의 직접적인 치료를 목적으로「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 또는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항의「혈전용해제」라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항의「혈전용해제」를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은「혈전용해치료」에서 제외됩니다.

제7조(「중환자실치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「중환자실치료」라 함은 의사에 의하여「순환계질환(특정질병제외)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에「순환계질환(특정질병제외)」으로 「상급종합병원」의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제8조(「상급종합병원」의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 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.

제9조(보험금 지급에 관한 세부규정)

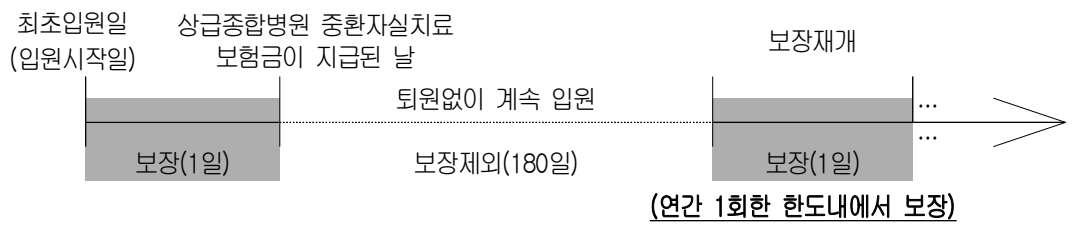
① 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실치료」는 상급종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실치료」는 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「순환계질환(특정질병제외)」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「순환계질환(특정질병제외)」으로 진단된 경우에는 이는 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」에 대한 입원이라도 상급종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 상급종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다

[예시] 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



④ 피보험자가 다른 상급종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	-
2026.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2026.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2027.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑤ 피보험자가 상급종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상급종합병원 중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제9조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「순환계질환(특정질병제외)」으로 진

단 확정되고 「순환계질환(특정질병제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 순환계질환(특정질병제외) 주요치료III를 받기 위해 치료일자 예약 후 제9조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다. 단, 순환계질환(특정질병제외) 주요치료III 중 중환자실치료는 「선지급 보험금」 지급대상에서 제외합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③ 「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

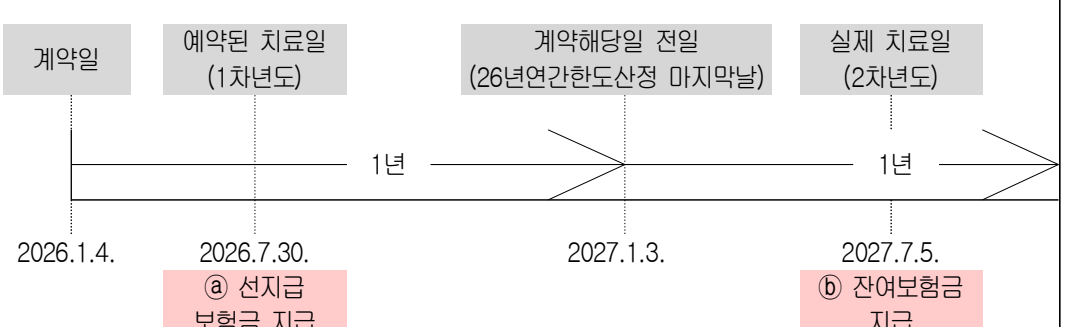
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제10조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시(지급횟수가 연간1회한 보장) 】



ⓐ 선지급 보험금 : 연간1회한 보장의 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입

ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에

서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제9조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제11조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

180. 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한) 특별약관

180-1. 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관
180-2. 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한) 특별약관

180-1 및 180-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 비급여 암주요치료(암수술, 항암방사

선치료, 항암약물치료)를 받은 경우에는 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
비급여 암주요치료비 (전액본인부담포함,연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
   다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「비급여 암주요치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「비급여 암주요치료」라 함은「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 제거하거나

「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 수술」을 받은 경우
2. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」를 받은 경우
3. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」를 받은 경우

② 「비급여 암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 비급여 암주요치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 단순 호르몬제 치료(다만, 호르몬성 항암치료는 「비급여 암주요치료」에 포함됩니다)

단순 호르몬제 치료

암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.
가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 "비급여 암주요치료"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 이 특별약관에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

④ 이 특별약관에서 비급여라 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.

⑤ 제1항 제1호의 「전액본인부담(비급여포함) 수술」은 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑥ 제1항 제2호의 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑦ 제1항 제3호의 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

용어의 정의

· 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

⑧ 제2항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 "비급여 암주요치료"로 봅니다.

<호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조>
③ '말기환자'란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제4조(「암수술」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술」이라 함은 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받는 것을 말합니다.
② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
③ 제2항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.
④ 제2항의 「수술」은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
⑤ 제2항의 「수술」에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
⑥ 제1항 내지 제2항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」의 정의)

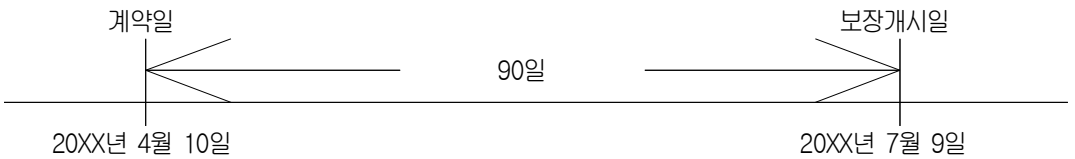
① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.
② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한)의 보장개시일은 보험계약일

부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

< 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한)의 보장개시일 >



② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.

④ 회사는 피보험자가 비급여 암주요치료(암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한)만 지급합니다.

제6조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 암 주요치료를 받기 위해 치료일자 예약 후 제6조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

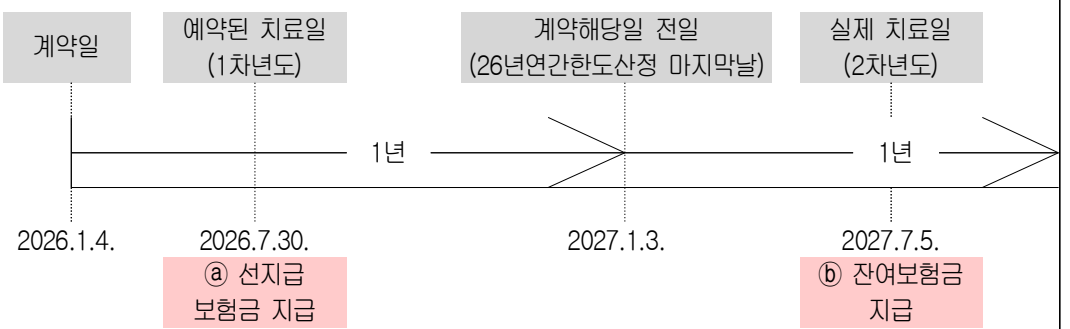
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시 】



ⓐ 선지급 보험금 : 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입
ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제6조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

181. 암주요치료비II(유사암제외)(치료별 연간1회한) 특별약관

181-1. 암주요치료비II(유사암제외)(치료별 연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관
181-2. 암주요치료비II(유사암제외)(치료별 연간1회한) 특별약관

181-1 및 181-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 암주요치료비II(유사암제외)(치료별 연간1회한): 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 암 주요치료III(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 항암호르몬약물치료, 암중환자실치료)를 받은 경우에는 세부보장별 각각 연간1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
암주요치료비II (유사암제외) (치료별 연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	각 세부보장별 보험가입금액(연간1회한)의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	각 세부보장별 보험가입금액(연간1회한)

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

세부보장
암주요치료비Ⅱ(유사암제외)_암수술비(연간1회한) 보장
암주요치료비Ⅱ(유사암제외)_항암방사선치료비(연간1회한) 보장
암주요치료비Ⅱ(유사암제외)_항암약물치료비(호르몬치료제외)(연간1회한) 보장
암주요치료비Ⅱ(유사암제외)_항암호르몬약물치료비(연간1회한) 보장
암주요치료비Ⅱ(유사암제외)_암중환자실치료비(종합병원)(연간1회한) 보장

제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제2항의 「암」에서 제3항의 「유사암」을 제외한 암을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.
1. 「갑상선암」이라 함은 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 【별표13-2】 「제자리신생물 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 【별표13-3】 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있

음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제3조(「암 주요치료Ⅲ」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 주요치료Ⅲ」라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 항암호르몬약물치료, 암중환자실치료를 말합니다.

② 「암 주요치료Ⅲ」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. 단순 호르몬제 치료(다만, 호르몬성 항암치료는 「암 주요치료Ⅲ」에 포함됩니다)

단순 호르몬제 치료
암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.
가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 “암 주요치료Ⅲ”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

제4조(「암수술」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술」이라 함은 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑥ 제1항 내지 제2항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」 등의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

③「항암약물치료(호르몬치료제외)」라 함은 제2항에서 정한「항암약물치료」중에서 제4항에서 정한 「항암호르몬약물치료」를 제외한 치료를 말합니다.

④「항암호르몬약물치료」라 함은 제2항에서 정한 「항암약물치료」 중에서 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 "호르몬성 항암제"를 말합니다.

1. 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"에서 정한 약효분류번호 421(항악성종양제), 617(주로 악성종양에 작용하는 것)에 해당하는 약제
2. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계에 따라 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터(KPIS)에서 부여한 국내 의약품 ATC코드에서 L02(항악성종양제 및 면역조절제 중 내분비 치료제)에 해당하는 약제

호르몬성 항암제
호르몬의 작용을 억제하거나 조절하여 암세포의 성장을 억제하는 약물

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고, 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"의 개정에 따라 제4항 제1호의 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

⑥ 제4항 제2호에도 불구하고, 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계의 개정으로 제4항 제2호의 "ATC코드"가 폐지 또는 변경되거나, 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터에서 국내 의약품에 대하여 "ATC코드"를 부여하지 않아 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 기준을 따릅니다.

제6조(「암중환자실치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「암중환자실치료」라 함은 의사에 의하여 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「암(유사암제외)」으로 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

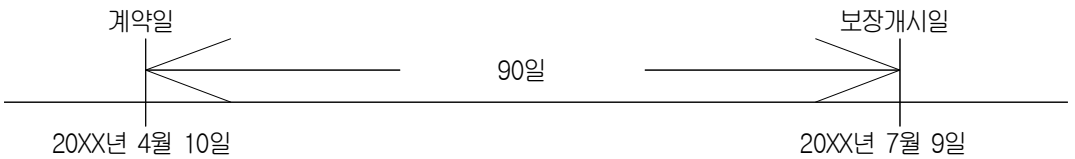
② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)(치료별 연간1회한)의 보장개시일은 보험계약일부

터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

< 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)(치료별 연간1회한)의 보장개시일 >

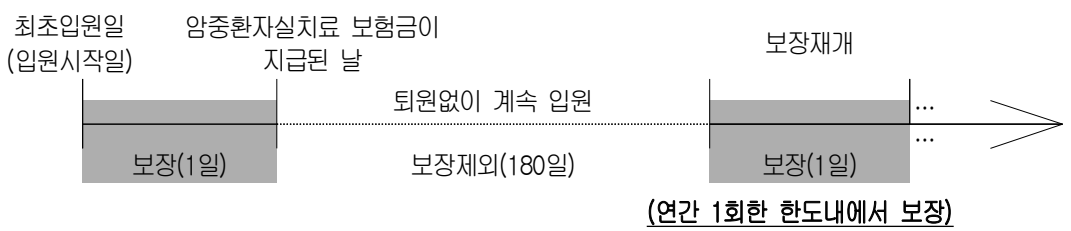


② 제1조(보험금의 지급사유)의 「암중환자실치료」는 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)의 「암중환자실치료」는 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「암(유사암제외)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암(유사암제외)」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「암(유사암제외)」으로 진단된 경우에는 이는 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

④ 피보험자가 동일한 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「암(유사암제외)」에 대한 입원이라도 암중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시] 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



⑤ 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2027.3.1	보장개시일	-	-
2027.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2027.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2028.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑥ 피보험자가 종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원

에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 암중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑩ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제7조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단 확정되고 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 암 주요치료III를 받기 위해 치료일자 예약 후 제7조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다. 단, 암 주요치료III 중 암중환자실치료 및 항암호르몬약물치료는 「선지급 보험금」지급대상에서 제외합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

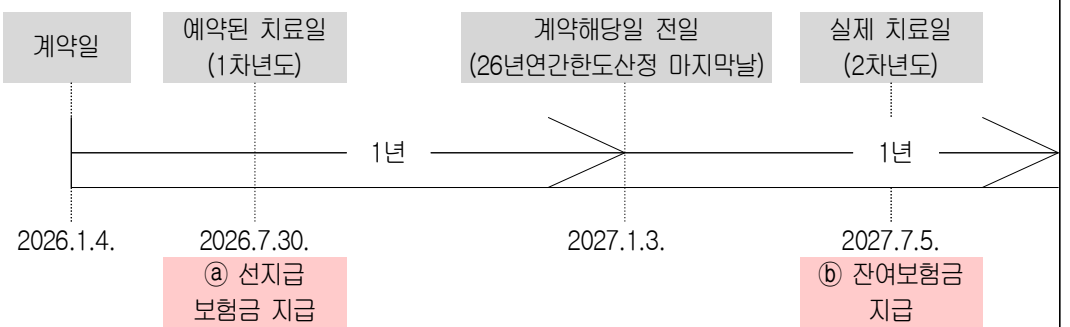
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시 】



ⓐ 선지급 보험금 : 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입
ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제7조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(유사암제외)으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제11조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

182. 암주요치료비II(유사암)(치료별 연간1회한) 특별약관

182-1. 암주요치료비II(유사암)(치료별 연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관
182-2. 암주요치료비II(유사암)(치료별 연간1회한) 특별약관

182-1 및 182-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 암주요치료비II(유사암)(치료별 연간1회한): 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)에서 정한「유사암」으로 진단확정되고 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 암 주요치료III(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 항암호르몬약물치료, 암중환자실치료)를 받은 경우에는 치료구분별로 각각 연간1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간	치료구분	지 급 금 액
암주요치료비II (유사암) (치료별 연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	암수술	이 특별약관 보험가입금액 (연간1회한)의 50%
		항암방사선치료	
		항암약물치료 (호르몬치료제외)	
		항암호르몬약물치료	이 특별약관 보험가입금액 (연간1회한)의 25%
		암중환자실치료	이 특별약관 보험가입금액 (연간1회한)의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	암수술	이 특별약관 보험가입금액 (연간1회한)
		항암방사선치료	
		항암약물치료 (호르몬치료제외)	
		항암호르몬약물치료	이 특별약관 보험가입금액 (연간1회한)의 50%
		암중환자실치료	이 특별약관 보험가입금액 (연간1회한)

제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)

① 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

1. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「암 주요치료III」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 주요치료III」라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 항암호르몬약물치료, 암중환자실치료를 말합니다.

② 「암 주요치료III」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. 단순 호르몬제 치료(다만, 호르몬성 항암치료는 「암 주요치료III」에 포함됩니다)

단순 호르몬제 치료
암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.
가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 "암 주요치료III"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

제4조(「암수술」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술」이라 함은 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받는 것을 말합니다.
② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.
④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
⑤ 제2항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑥ 제1항 내지 제2항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」 등의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.
② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암

의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)를 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

③「항암약물치료(호르몬치료제외)」라 함은 제2항에서 정한「항암약물치료」중에서 제4항에서 정한 「항암호르몬약물치료」를 제외한 치료를 말합니다.

④「항암호르몬약물치료」라 함은 제2항에서 정한 「항암약물치료」 중에서 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 "호르몬성 항암제"를 말합니다.

1. 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"에서 정한 약효분류번호 421(항악성종양제), 617(주로 악성종양에 작용하는 것)에 해당하는 약제
2. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계에 따라 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터(KPIS)에서 부여한 국내 의약품 ATC코드에서 L02(항악성종양제 및 면역조절제 중 내분비 치료제)에 해당하는 약제

호르몬성 항암제

호르몬의 작용을 억제하거나 조절하여 암세포의 성장을 억제하는 약물

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고, 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"의 개정에 따라 제4항 제1호의 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

⑥ 제4항 제2호에도 불구하고, 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계의 개정으로 제4항 제2호의 "ATC코드"가 폐지 또는 변경되거나, 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터에서 국내 의약품에 대하여 "ATC코드"를 부여하지 않아 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 기준을 따릅니다.

제6조(「암중환자실치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「암중환자실치료」라 함은 의사에 의하여 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「유사암」으로 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)

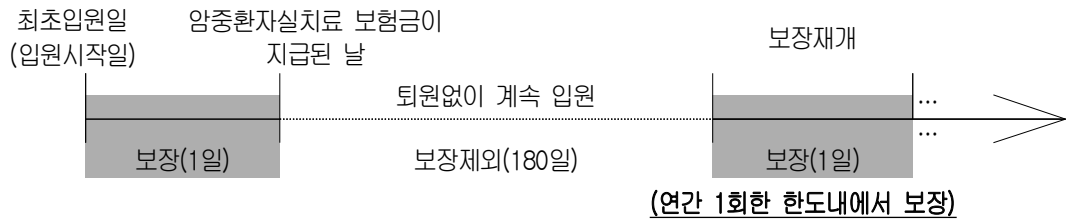
① 제1조(보험금의 지급사유)의 「암중환자실치료」는 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 「암중환자실치료」는 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「유사암」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「유사암」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「유사암」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「유사암」으로 진단된 경우에는 이는 「유사암」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 동일한 「유사암」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「유사암」에 대한 입원이라도 암중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시] 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



④ 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2027.3.1	보장개시일	-	-
2027.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2027.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2028.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑤ 피보험자가 종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 암중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제7조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「유사암」으로 진단 확정되고 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 암 주요치료III를 받기 위해 치료일자 예약 후 제7조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다. 단, 암 주요치료III 중 암중환자실치료 및 항암호르몬약물치료는 「선지급 보험금」지급대상에서 제외합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항

을 적용합니다.

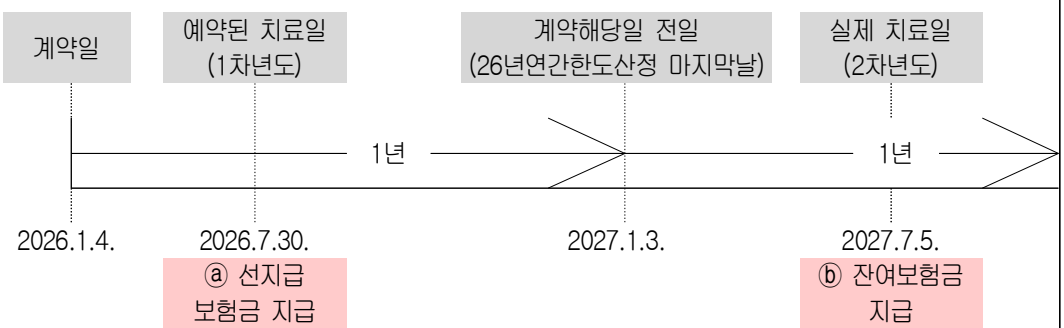
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시 】



ⓐ 선지급 보험금 : 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입
ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제7조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

183. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)(치료별 연간1회한) 특별약관

183-1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)(치료별 연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관
183-2. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)(치료별 연간1회한) 특별약관

183-1 및 183-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)(치료별 연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제10조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제5조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「상급종합병원」, 「국립암센터」, 「원자력의학원」에서 암주요치료Ⅲ(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 항암호르몬약물치료, 암중환자실치료)를 받은 경우에는 세부보장에 따른 치료구분별로 각각 연간1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)(치료별 연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	각 세부보장별 보험가입금액(연간1회한)의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	각 세부보장별 보험가입금액(연간1회한)

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

세부보장
상급종합병원Ⅱ 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)_암수술비(연간1회한) 보장
상급종합병원Ⅱ 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)_항암방사선치료비(연간1회한) 보장
상급종합병원Ⅱ 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)_항암약물치료비(호르몬치료제외)(연간1회한) 보장
상급종합병원Ⅱ 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)_항암호르몬약물치료비(연간1회한) 보장
상급종합병원Ⅱ 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)_암중환자실치료비(연간1회한) 보장

제2조(「상급종합병원」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「상급종합병원Ⅱ」이라 함은 「상급종합병원」, 「국립암센터」, 「원자력의학원」을 말합니다.

제3조(「국립암센터」의 정의)

이 특별약관에서 「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말합니다.

[암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)]

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

[암관리법 제29조(부속기관의 설치)]

① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

제4조(「원자력의학원」의 정의)

이 특별약관에서 「원자력의학원」이라 함은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 제13조의3(분원 또는 부설기관)에서 정한 한국원자력의학원의 부속병원을 말합니다.

[방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립)]

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원을 설립한다.

[방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의3(분원 또는 부설기관)]

① 의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

제5조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제2항의 「암」에서 제3항의 「유사암」을 제외한 암을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.

다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.
1. 「갑상선암」이라 함은 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 【별표13-2】 「제자리신생물 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 【별표13-3】 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제6조(「암 주요치료Ⅲ」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 주요치료Ⅲ」라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 항암호르몬약물치료, 암중환자실치료를 말합니다.

②「암 주요치료Ⅲ」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. 단순 호르몬제 치료(다만, 호르몬성 항암치료는 「암 주요치료III」에 포함됩니다)

단순 호르몬제 치료
암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.
가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 "암 주요치료III"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

제7조(「암수술」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술」이라 함은 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받는 것을 말합니다.
② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.
④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
⑤ 제2항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑥ 제1항 내지 제2항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제8조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」 등의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.
② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

③「항암약물치료(호르몬치료제외)」라 함은 제2항에서 정한「항암약물치료」중에서 제4항에서 정한 「항암호르몬약물치료」를 제외한 치료를 말합니다.

④「항암호르몬약물치료」라 함은 제2항에서 정한 「항암약물치료」 중에서 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 "호르몬성 항암제"를 말합니다.

1. 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"에서 정한 약효분류번호 421(항악성종양제), 617(주로 악성종양에 작용하는 것)에 해당하는 약제
2. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계에 따라 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터(KPIS)에서 부여한 국내 의약품 ATC코드에서 L02(항악성종양제 및 면역조절제 중 내분비 치료제)에 해당하는 약제

호르몬성 항암제
호르몬의 작용을 억제하거나 조절하여 암세포의 성장을 억제하는 약물

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고, 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"의 개정에 따라 제4항 제1호의 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

⑥ 제4항 제2호에도 불구하고, 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계의 개정으로 제4항 제2호의 "ATC코드"가 폐지 또는 변경되거나, 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터에서 국내 의약품에 대하여 "ATC코드"를 부여하지 않아 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 기준을 따릅니다.

제9조(「암중환자실치료」의 정의)

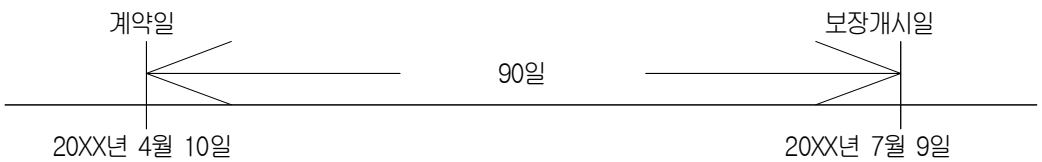
① 이 특별약관에서「암중환자실치료」라 함은 의사에 의하여 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「암(유사암제외)」으로 제2조(「상급종합병원」등의 정의)에서 정한 상급종합병원Ⅱ의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제10조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)(치료별 연간1회한)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

< 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)
(치료별 연간1회한)의 보장개시일 >



② 제1조(보험금의 지급사유)의 「암중환자실치료」는 상급종합병원Ⅱ의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

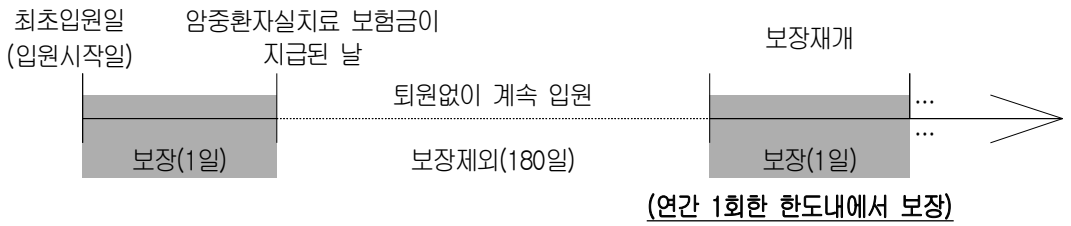
③ 제1조(보험금의 지급사유)의 「암중환자실치료」는 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「암(유사암제외)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암(유사암제외)」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「암(유사암제외)」으로 진단된 경우에는 이는 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

④ 피보험자가 동일한 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니

다. 그러나 동일한 「암(유사암제외)」에 대한 입원이라도 암중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시] 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



⑤ 피보험자가 다른 상급종합병원Ⅱ 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	-
2026.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2026.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2027.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑥ 피보험자가 상급종합병원Ⅱ 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원Ⅱ 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 상급종합병원Ⅱ 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원Ⅱ에 해당하게 된 경우 상급종합병원Ⅱ 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 암중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑩ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제12조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제10조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제5조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(유사암제외)으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제10조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제14조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제15조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

184. 암주요치료비Ⅴ(유사암제외)(연간1회한,한도이연형) 특별약관

184-1. 암주요치료비Ⅴ(유사암제외)(연간1회한,한도이연형)(통합간편가입형) 특별약관
184-2. 암주요치료비Ⅴ(유사암제외)(연간1회한,한도이연형) 특별약관

184-1 및 184-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 암주요치료비Ⅴ(유사암제외)(연간1회한,한도이연형) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 암주요치료Ⅵ(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료, 암중환자실치료)를 받은 경우에는 제7조(「연간 보장 한도」의 정의)에서 정한「연간 보장 한도」에 따라 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
암주요치료비Ⅴ (유사암제외) (연간1회한,한도이연형)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관의 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관의 보험가입금액 (연간 1회한)

제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제2항의 「암」에서 제3항의 「유사암」을 제외한 암을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표13-1】「악성신생물(암) 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.
1. 「갑상선암」이라 함은 【별표13-1】「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 【별표13-1】「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 【별표13-2】「제자리신생물 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 【별표13-3】「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「암 주요치료VI」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 주요치료VI」라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료, 암중환자실치료를 말합니다.

② 「암 주요치료VI」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. 단순 호르몬제 치료(다만, 호르몬성 항암치료는 「암 주요치료VI」에 포함됩니다)

단순 호르몬제 치료
암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.
가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 "암 주요치료VI"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

제4조(「암수술」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술」이라 함은 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받는 것을 말합니다.
② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.
④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
⑤ 제2항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
⑥ 제1항 내지 제2항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.
② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암

의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)를 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

제6조(「암중환자실치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「암중환자실치료」라 함은 의사에 의하여 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「암(유사암제외)」으로 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

③ 제1항의「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제7조(「연간 보장 한도」의 정의)

① 이 특별약관에서「연간 보장 한도」라 함은, 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급받을 수 있는 연간 보장 횟수를 의미합니다.

② 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

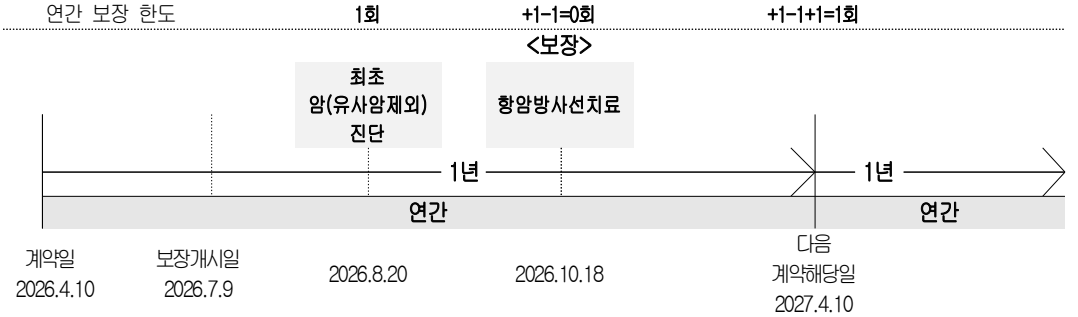
③ 「연간 보장 한도」는 보장개시일 이후에「암(유사암제외)」으로 최초 진단 확정시부터 연간 1회씩 발생하며, 연간 보험금 지급에 사용되지 않은 「연간 보장 한도」는 다음 보험년도로 이연(移延)됩니다.

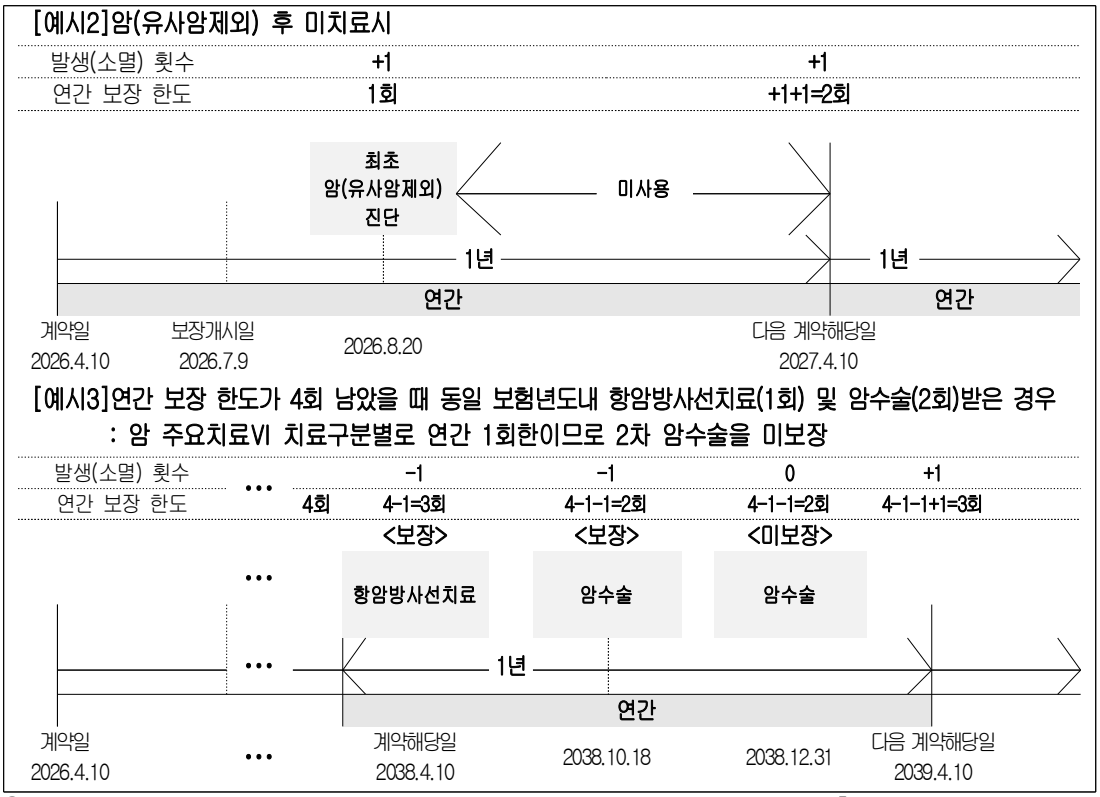
④ 제3항에 따른 「연간 보장 한도」는 최대 5회이며, 암 주요치료VI(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료, 암중환자실치료) 치료구분별로 연간 1회를 한도로 보험금을 지급합니다.

⑤ 암 주요치료VI(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료, 암중환자실치료)를 받은 경우에는 「연간 보장 한도」에서 차감하며, 남은 「연간 보장 한도」가 없는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

[예시1]암(유사암제외) 진단 후 항암방사선치료시

발생(소멸) 횟수	+1	-1	+1
연간 보장 한도	1회	+1-1=0회	+1-1+1=1회

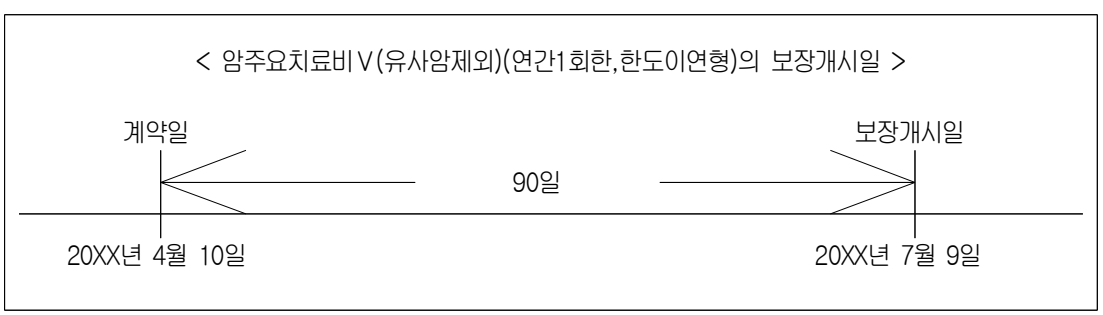




⑥ 제1항 내지 제5항에도 불구하고 이 특별약관의 보험기간이 끝난 경우에는 남은「연간 보장 한도」는 소멸합니다.

제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 암주요치료비Ⅴ(유사암제외)(연간1회한,한도이연형)의 보장개시일은 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.



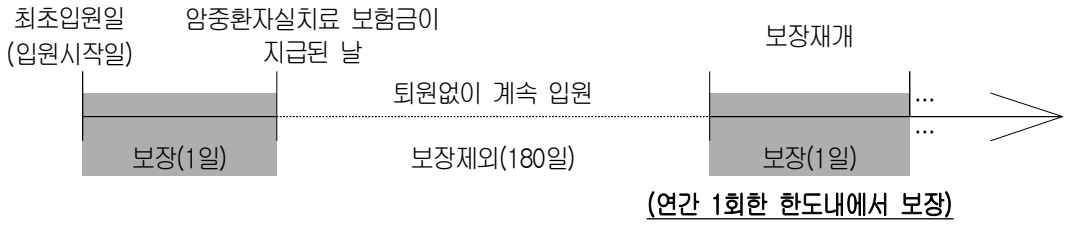
② 제1조(보험금의 지급사유)의 「암중환자실치료」는 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)의 「암중환자실치료」는 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「암(유사암제외)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암(유사암제외)」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「암(유사암제외)」으로 진단된 경우에는 이는 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

④ 피보험자가 동일한 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니

다. 그러나 동일한 「암(유사암제외)」에 대한 입원이라도 암중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시] 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



⑤ 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	-
2026.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2026.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2027.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑥ 피보험자가 종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 암중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단 확정되고 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 암 주요치료VI를 받기 위해 치료일자 예약 후 제8조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다. 단, 암 주요치료VI 중 암중환자실치료는 「선지급 보험금」지급대상에서 제외합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원

을 한도로 합니다.

③ 「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

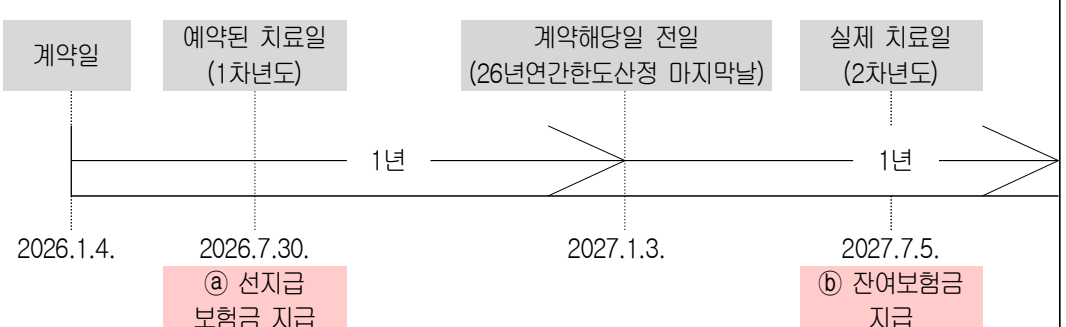
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시(지급횟수가 연간1회한 보장) 】



ⓐ 선지급 보험금 : 연간1회한 보장의 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입

ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제8조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(유사암제외)으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제12조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

185. 암주요치료비Ⅴ(유사암)(연간1회한,한도이연형) 특별약관

185-1. 암주요치료비Ⅴ(유사암)(연간1회한,한도이연형)(통합간편가입형) 특별약관
185-2. 암주요치료비Ⅴ(유사암)(연간1회한,한도이연형) 특별약관

185-1 및 185-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 암주요치료비Ⅴ(유사암)(연간1회한,한도이연형) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「유사암」으로 진단확정되고 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 암주요치료Ⅵ(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료, 암중환자실치료)를 받은 경우에는 제7조(「연간 보장 한도」의 정의)에서 정한「연간 보장 한도」에 따라 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
암주요치료비Ⅴ(유사암)(연간1회한,한도이연형)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관의 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관의 보험가입금액 (연간 1회한)

제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)

① 「유사암」이라 함은「갑상선암」,「기타피부암」,「제자리암」,「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

1. 「갑상선암」이라 함은「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「암 주요치료Ⅵ」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 주요치료Ⅵ」라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료, 암중환자실치료를 말합니다.

② 「암 주요치료Ⅵ」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. 단순 호르몬제 치료(다만, 호르몬성 항암치료는 「암 주요치료VI」에 포함됩니다)

단순 호르몬제 치료

암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.
가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 "암 주요치료VI"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

제4조(「암수술」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술」이라 함은 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받는 것을 말합니다.
② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.
④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
⑤ 제2항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑥ 제1항 내지 제2항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.
② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이

하 “항암약물치료”라 합니다)를 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

제6조(「암중환자실치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「암중환자실치료」라 함은 의사에 의하여 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「유사암」으로 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

③ 제1항의「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제7조(「연간 보장 한도」의 정의)

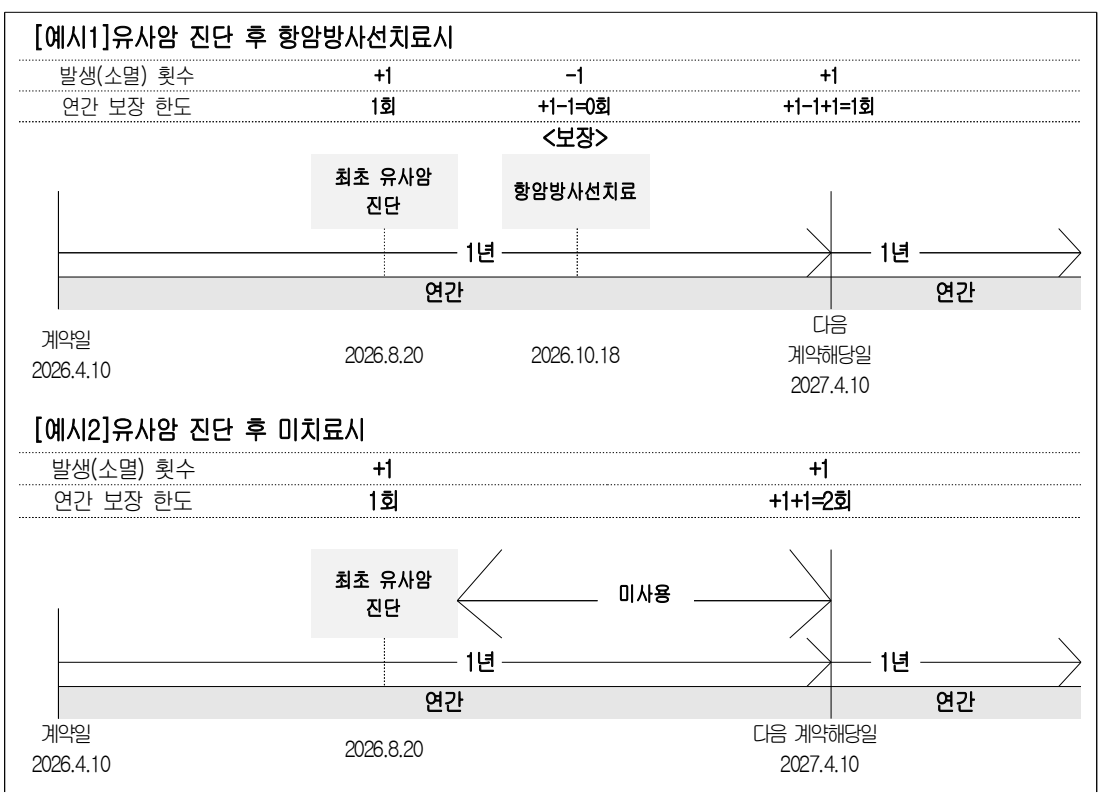
① 이 특별약관에서「연간 보장 한도」라 함은, 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급받을 수 있는 연간 보장 횟수를 의미합니다.

② 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

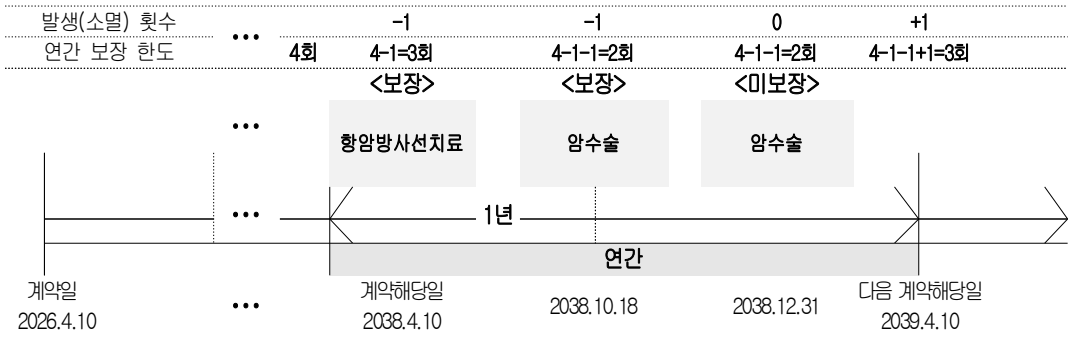
③ 「연간 보장 한도」는 「유사암」으로 최초 진단 확정시부터 연간 1회씩 발생하며, 연간 보험금 지급에 사용되지 않은 「연간 보장 한도」는 다음 보험년도로 이연(移延)됩니다.

④ 제3항에 따른 「연간 보장 한도」는 최대 5회이며, 암 주요치료VI(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료, 암중환자실치료) 치료구분별로 연간 1회를 한도로 보험금을 지급합니다.

⑤ 암 주요치료VI(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료, 암중환자실치료)를 받은 경우에는 「연간 보장 한도」에서 차감하며, 남은 「연간 보장 한도」가 없는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.



[예시3]연간 보장 한도가 4회 남았을 때 동일 보험년도내 항암방사선치료(1회) 및 암수술(2회)받은 경우
: 암 주요치료VI 치료구분별로 연간 1회한이므로 2차 암수술을 미보장



⑥ 제1항 내지 제5항에도 불구하고 이 특별약관의 보험기간이 끝난 경우에는 남은「연간 보장 한도」는 소멸합니다.

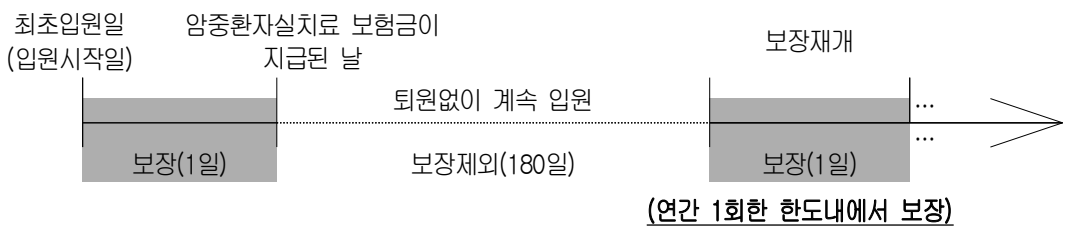
제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「암중환자실치료」는 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 「암중환자실치료」는 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「유사암」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「유사암」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「유사암」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「유사암」으로 진단된 경우에는 이는 「유사암」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 동일한 「유사암」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「유사암」에 대한 입원이라도 암중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시] 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



④ 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	-
2026.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2026.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2027.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑤ 피보험자가 종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 암중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 「유사암」으로 진단 확정되고 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 암 주요치료VI를 받기 위해 치료일자 예약 후 제8조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다. 단, 암 주요치료VI 중 암중환자실치료는 「선지급 보험금」지급대상에서 제외합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

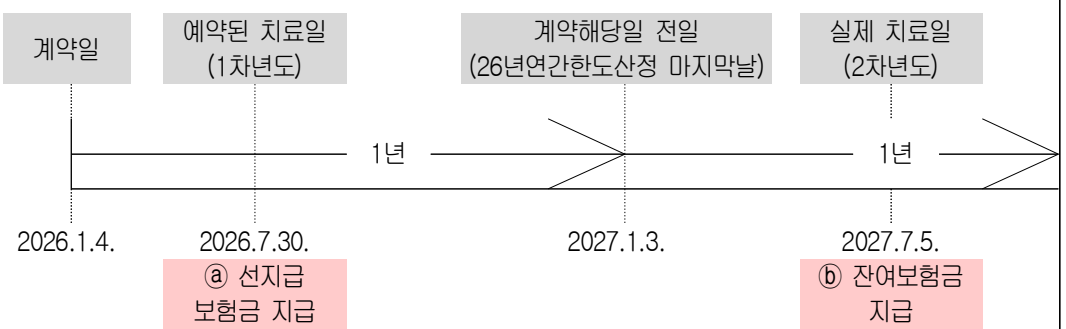
⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료

일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시(지급횟수가 연간1회한 보장) 】



ⓐ 선지급 보험금 : 연간1회한 보장의 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입

ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제8조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

186. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비Ⅴ(유사암제외)(연간1회한,한도이연형) 특별약관

186-1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비Ⅴ(유사암제외)(연간1회한,한도이연형)(통합간편가입형) 특별약관

186-2. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비Ⅴ(유사암제외)(연간1회한,한도이연형) 특별약관

186-1 및 186-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비Ⅴ(유사암제외)(연간1회한,한도이연형) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제5조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「상급종합병원」, 「국립암센터」, 「원자력의학원」에서 암 주요치료Ⅵ(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료, 암중환자실치료)를 받은 경우에는 제10조(「연간 보장 한도」의 정의)에서 정한「연간 보장 한도」에 따라 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
상급종합병원 (국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비Ⅴ(유사암제외) (연간1회한,한도이연형)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관의 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관의 보험가입금액 (연간 1회한)

제2조(「상급종합병원」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「상급종합병원Ⅱ」이라 함은 「상급종합병원」, 「국립암센터」, 「원자력의학원」을 말합니다.

제3조(「국립암센터」의 정의)

이 특별약관에서 「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말합니다.

[암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)]
① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

[암관리법 제29조(부속기관의 설치)]
① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

제4조(「원자력의학원」의 정의)

이 특별약관에서 「원자력의학원」이라 함은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 제13조의3(분원 또는 부설기관)에서 정한 한국원자력의학원의 부속병원을 말합니다.

[방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립)]
① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원을 설립한다.

[방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의3(분원 또는 부설기관)]
① 의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

제5조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제2항의 「암」에서 제3항의 「유사암」을 제외한 암을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표13-1】「악성신생물(암) 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.
1. 「갑상선암」이라 함은 【별표13-1】「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 【별표13-1】「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 【별표13-2】「제자리신생물 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.

4. 「경계성종양」이라 함은 【별표13-3】 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제6조(「암 주요치료VI」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 주요치료VI」라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료, 암중환자실치료를 말합니다.

② 「암 주요치료VI」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. 단순 호르몬제 치료(다만, 호르몬성 항암치료는 「암 주요치료VI」에 포함됩니다)

단순 호르몬제 치료

암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.
가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 “암 주요치료VI”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

제7조(「암수술」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술」이라 함은 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑥ 제1항 내지 제2항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제8조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

제9조(「암중환자실치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「암중환자실치료」라 함은 의사에 의하여 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「암(유사암제외)」으로 제2조(「상급종합병원」등의 정의) 제2항에서 정한 상급종합병원Ⅱ의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제10조(「연간 보장 한도」의 정의)

① 이 특별약관에서「연간 보장 한도」라 함은, 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급받을 수 있는 연간 보장 횟수를 의미합니다.

② 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

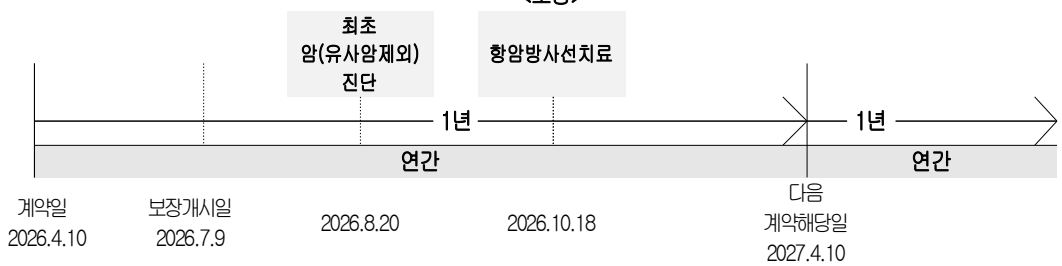
③ 「연간 보장 한도」는 보장개시일 이후에「암(유사암제외)」으로 최초 진단 확정시부터 연간 1회씩 발생하며, 연간 보험금 지급에 사용되지 않은 「연간 보장 한도」는 다음 보험년도로 이연(移延)됩니다.

④ 제3항에 따른 「연간 보장 한도」는 최대 5회이며, 암 주요치료Ⅵ(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료, 암중환자실치료) 치료구분별로 연간 1회를 한도로 보험금을 지급합니다.

⑤ 암 주요치료Ⅵ(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료, 암중환자실치료)를 받은 경우에는 「연간 보장 한도」에서 차감하며, 남은 「연간 보장 한도」가 없는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

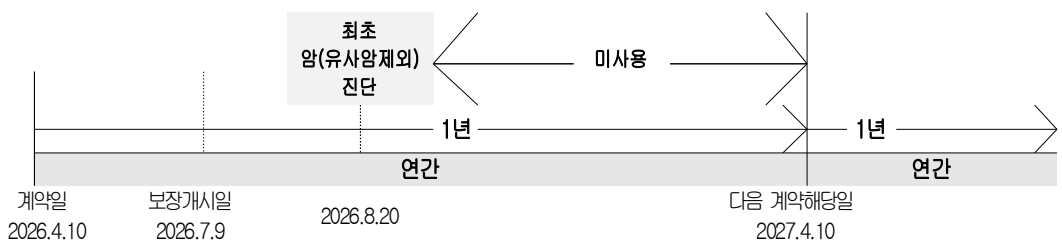
[예시1]암(유사암제외) 진단 후 항암방사선치료시

발생(소멸) 횟수	+1	-1	+1
연간 보장 한도	1회	+1-1=0회	+1-1+1=1회
		<보장>	



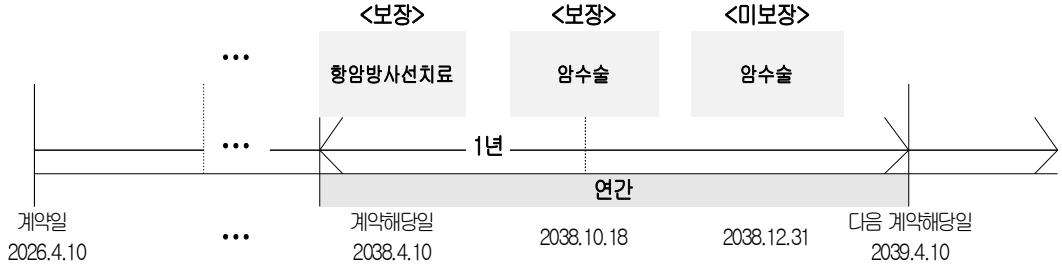
[예시2]암(유사암제외) 후 미치료시

발생(소멸) 횟수	+1	+1
연간 보장 한도	1회	+1+1=2회



[예시3]연간 보장 한도가 4회 남았을 때 동일 보험년도내 항암방사선치료(1회) 및 암수술(2회)받은 경우
: 암 주요치료VI 치료구분별로 연간 1회한이므로 2차 암수술을 미보장

발생(소멸) 횟수	…	-1	-1	0	+1
연간 보장 한도	… 4회	4-1=3회	4-1-1=2회	4-1-1=2회	4-1-1+1=3회
		<보장>	<보장>	<미보장>	

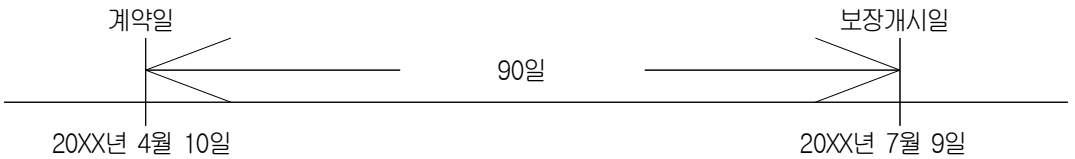


⑥ 제1항 내지 제5항에도 불구하고 이 특별약관의 보험기간이 끝난 경우에는 남은「연간 보장 한도」는 소멸합니다.

제11조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비Ⅴ(유사암제외)(연간 1회한,한도이연형)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

< 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비Ⅴ
(유사암제외)(연간1회한,한도이연형)의 보장개시일 >

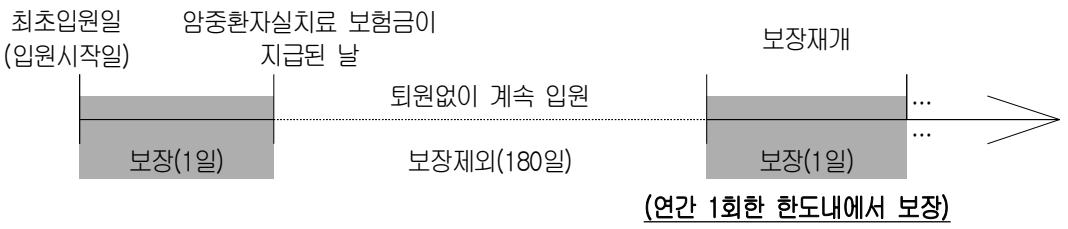


② 제1조(보험금의 지급사유)의 「암중환자실치료」는 상급종합병원Ⅱ의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)의 「암중환자실치료」는 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「암(유사암제외)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암(유사암제외)」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「암(유사암제외)」으로 진단된 경우에는 이는 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

④ 피보험자가 동일한 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「암(유사암제외)」에 대한 입원이라도 암중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시] 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



⑤ 피보험자가 다른 상급종합병원Ⅱ 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	-
2026.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2026.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2027.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

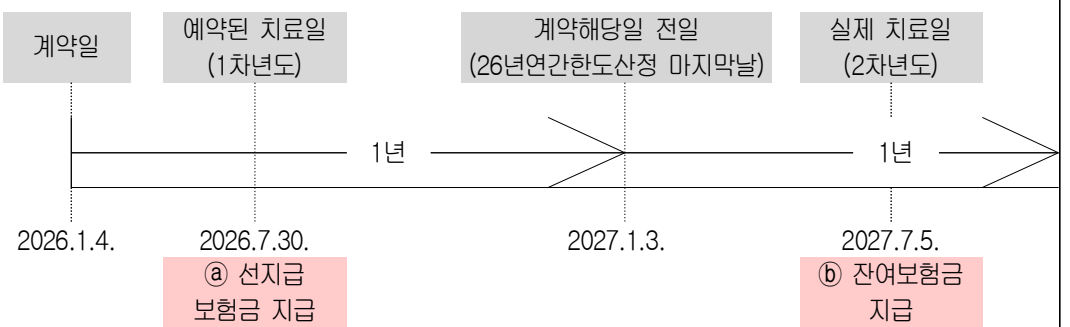
⑥ 피보험자가 상급종합병원Ⅱ 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원Ⅱ 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 상급종합병원II 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원II에 해당하게 된 경우 상급종합병원II 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.
⑧ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 암중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제11조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단 확정되고 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 암 주요치료VI를 받기 위해 치료일자 예약 후 제11조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다. 단, 암 주요치료VI 중 암중환자실치료는 「선지급 보험금」지급대상에서 제외합니다.
② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.
③「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.
⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.
1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제12조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우
⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시(지급횟수가 연간1회한 보장) 】



ⓐ 선지급 보험금 : 연간1회한 보장의 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입

ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제11조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제13조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제5조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(유사암제외)으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제14조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제15조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제16조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

187. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비Ⅴ(유사암)(연간1회한,한도이연형) 특별약관

187-1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비Ⅴ(유사암)(연간1회한,한도이연형)(통합간편가입형) 특별약관

187-2. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비Ⅴ(유사암)(연간1회한,한도이연형) 특별약관

187-1 및 187-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비Ⅴ(유사암)(연간1회한,한도이연형) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(「유사암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「유사암」으로 진단확정되고 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 「상급종합병원」, 「국립암센터」, 「원자력의학원」에서 암 주요치료Ⅵ(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료, 암중환자실치료)를 받은 경우에는 제10조(「연간 보장 한도」의 정의)에서 정한「연간 보장 한도」에 따라 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비Ⅴ(유사암) (연간1회한,한도이연형)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관의 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관의 보험가입금액 (연간 1회한)

제2조(「상급종합병원」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「상급종합병원Ⅱ」이라 함은 「상급종합병원」, 「국립암센터」, 「원자력의학원」을 말합니다.

제3조(「국립암센터」의 정의)

이 특별약관에서 「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말합니다.

[암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)]

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

[암관리법 제29조(부속기관의 설치)]

① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

제4조(「원자력의학원」의 정의)

이 특별약관에서 「원자력의학원」이라 함은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 제13조의3(분원 또는 부설기관)에서 정한 한국원자력의학원의 부속병원을 말합니다.

[방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립)]

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원을 설립한다.

[방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의3(분원 또는 부설기관)]

① 의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

제5조(「유사암」의 정의 및 진단확정)

①「유사암」이라 함은「갑상선암」,「기타피부암」,「제자리암」,「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

1.「갑상선암」이라 함은「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2.「기타피부암」이라 함은「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3.「제자리암」이라 함은「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
4.「경계성종양」이라 함은「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

②「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제6조(「암 주요치료VI」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 주요치료VI」라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료, 암중환자실치료를 말합니다.

②「암 주요치료VI」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. 단순 호르몬제 치료(다만, 호르몬성 항암치료는 「암 주요치료VI」에 포함됩니다)

단순 호르몬제 치료
암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.
가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 “암 주요치료VI”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

제7조(「암수술」등의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술」이라 함은 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑥ 제1항 내지 제2항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제8조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

제9조(「암중환자실치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「암중환자실치료」라 함은 의사에 의하여 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「유사암」으로 제2조(「상급종합병원」 등의 정의) 제2항에서 정한 상급종합병원Ⅱ의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다

② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제10조(「연간 보장 한도」의 정의)

① 이 특별약관에서「연간 보장 한도」라 함은, 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급받을 수 있는 연간 보장 횟수를 의미합니다.

② 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

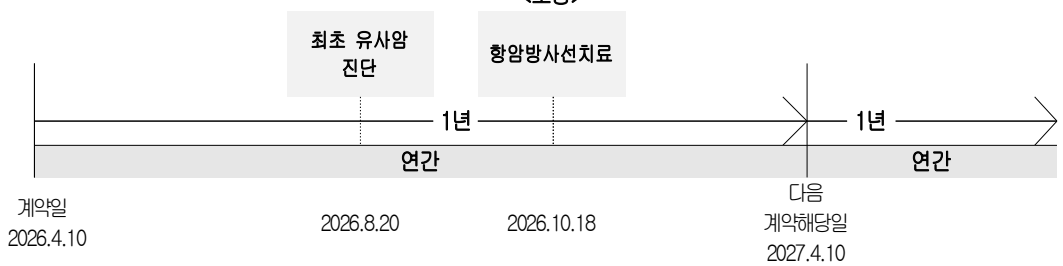
③ 「연간 보장 한도」는 「유사암」으로 최초 진단 확정시부터 연간 1회씩 발생하며, 연간 보험금 지급에 사용되지 않은 「연간 보장 한도」는 다음 보험년도로 이연(移延)됩니다.

④ 제3항에 따른 「연간 보장 한도」는 최대 5회이며, 암 주요치료Ⅵ(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료, 암중환자실치료) 치료구분별로 연간 1회를 한도로 보험금을 지급합니다.

⑤ 암 주요치료Ⅵ(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료, 암중환자실치료)를 받은 경우에는 「연간 보장 한도」에서 차감하며, 남은 「연간 보장 한도」가 없는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

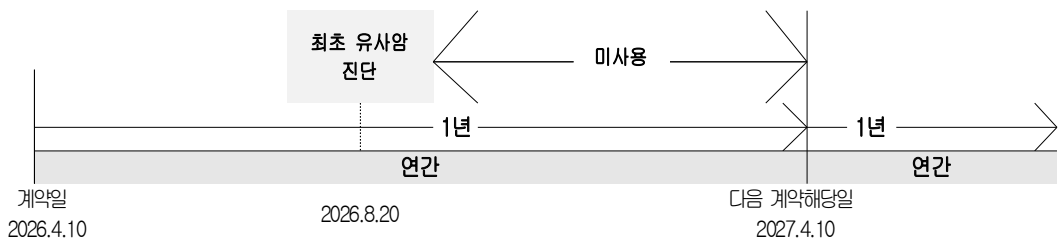
[예시1]유사암 진단 후 항암방사선치료시

발생(소멸) 횟수	+1	-1	+1
연간 보장 한도	1회	+1-1=0회	+1-1+1=1회
		<보장>	



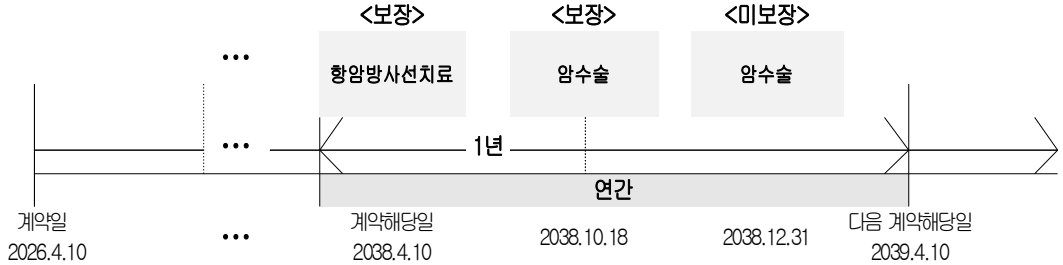
[예시2]유사암 진단 후 미치료시

발생(소멸) 횟수	+1	+1
연간 보장 한도	1회	+1+1=2회



[예시3]연간 보장 한도가 4회 남았을 때 동일 보험년도내 항암방사선치료(1회) 및 암수술(2회)받은 경우
: 암 주요치료VI 치료구분별로 연간 1회한이므로 2차 암수술을 미보장

발생(소멸) 횟수	…		-1	-1	0	+1
연간 보장 한도	…	4회	4-1=3회	4-1-1=2회	4-1-1=2회	4-1-1+1=3회
			<보장>	<보장>	<미보장>	



⑥ 제1항 내지 제5항에도 불구하고 이 특별약관의 보험기간이 끝난 경우에는 남은「연간 보장 한도」는 소멸합니다.

제11조(보험금 지급에 관한 세부규정)

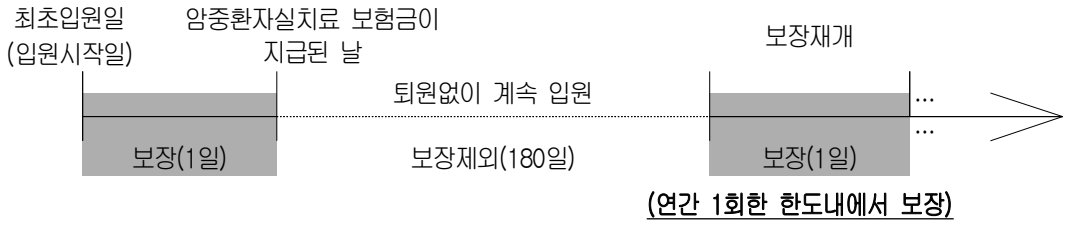
① 제1조(보험금의 지급사유)의 「암중환자실치료」는 상급종합병원Ⅱ의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 「암중환자실치료」는 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「유사암」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「유사암」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「유사암」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「유사암」으로 진단된 경우에는 이는 「유사암」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 동일한 「유사암」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러

나 동일한 「유사암」에 대한 입원이라도 암중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시] 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



④ 피보험자가 다른 상급종합병원Ⅱ 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	-
2026.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2026.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2027.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑤ 피보험자가 상급종합병원Ⅱ 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원Ⅱ 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 상급종합병원Ⅱ 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원Ⅱ에 해당하게 된 경우 상급종합병원Ⅱ 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 암중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제11조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 「유사암」으로 진단 확정되고 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 암 주요치료Ⅵ를 받기 위해 치료일자 예약 후 제11조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다. 단, 암 주요치료Ⅵ 중 암중환자실치료는 「선지급 보험금」지급대상에서 제외합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③ 「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

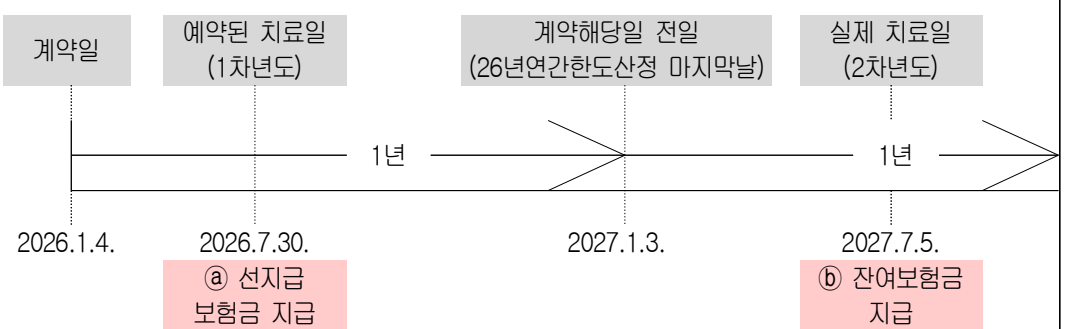
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제12조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시(지급횟수가 연간1회한 보장) 】



ⓐ 선지급 보험금 : 연간1회한 보장의 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입

ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제11조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제13조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

188. 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한,한도이연형) 특별약관

188-1. 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한,한도이연형)(통합간편가입형) 특별약관
188-2. 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한,한도이연형) 특별약관

188-1 및 188-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한,한도이연형) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 비급여 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우에는 제6조(「연간 보장 한도」의 정의)에서 정한「연간 보장 한도」에 따라 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
비급여 암주요치료비 (전액본인부담포함,연간1회한,한도이연형)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관의 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관의 보험가입금액 (연간 1회한)

제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
   다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「비급여 암주요치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「비급여 암주요치료」라 함은「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 수술」을 받은 경우
2. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」를 받은 경우
3. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」를 받은 경우

② 「비급여 암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 비급여 암주요치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 단순 호르몬제 치료(다만, 호르몬성 항암치료는 「비급여 암주요치료」에 포함됩니다)

단순 호르몬제 치료

암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.
가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 “비급여 암주요치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 이 특별약관에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

④ 이 특별약관에서 비급여라 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.

⑤ 제1항 제1호의 「전액본인부담(비급여포함) 수술」은 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑥ 제1항 제2호의 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑦ 제1항 제3호의 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 항암제의 약제비가 제3항 및 제4항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

용어의 정의

· 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제4조(「암수술」등의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술」이라 함은 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료 효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.
④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
⑤ 제2항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
⑥ 제1항 내지 제2항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

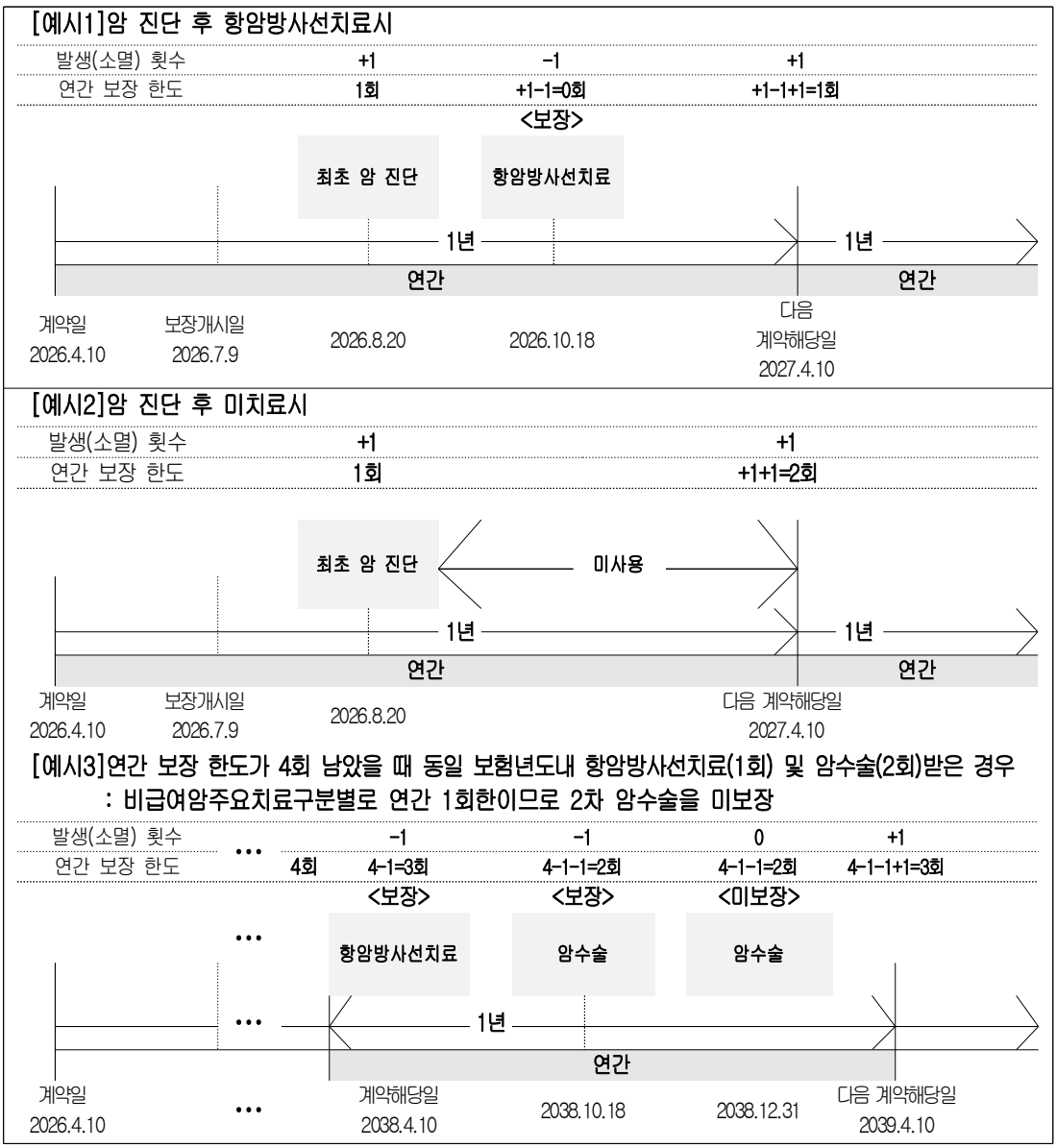
제5조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다)를 말합니다.
② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)를 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

제6조(「연간 보장 한도」의 정의)

① 이 특별약관에서「연간 보장 한도」라 함은, 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급받을 수 있는 연간 보장 횟수를 의미합니다.
② 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
③ 「연간 보장 한도」는 보장개시일 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단 확정 시부터 연간 1회씩 발생하며, 연간 보험금 지급에 사용되지 않은 「연간 보장 한도」는 다음 보험년도로 이연(移延)됩니다.
④ 제3항에 따른 「연간 보장 한도」는 최대 5회이며, 비급여 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료) 치료구분별로 연간 1회를 한도로 보험금을 지급합니다.
⑤ 비급여 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우에는 「연간 보장 한도」에서 차감

하며, 남은 「연간 보장 한도」가 없는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

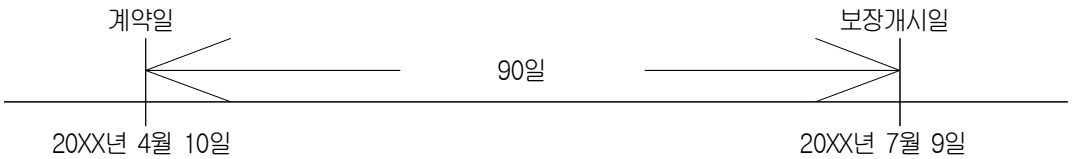


⑥ 제1항 내지 제5항에도 불구하고 이 특별약관의 보험기간이 끝난 경우에는 남은「연간 보장 한도」는 소멸합니다.

제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한,한도이연형)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

< 비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한,한도이연형)의 보장개시일 >



② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제7조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 비급여 암주요치료를 받기 위해 치료일자 예약 후 제7조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③ 「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

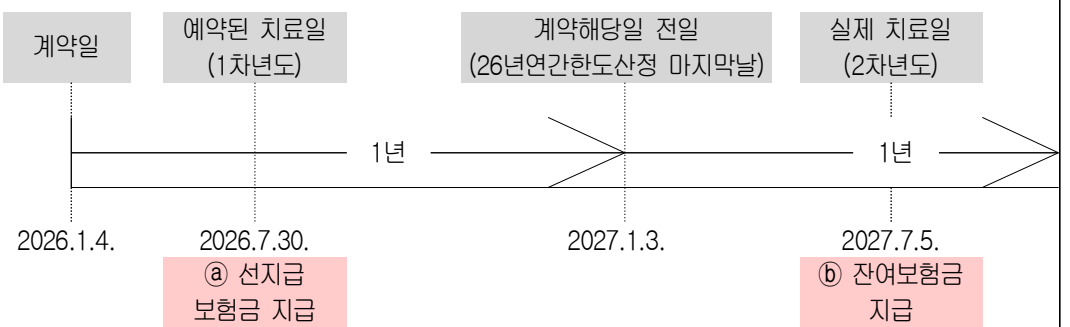
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시(지급횟수가 연간1회한 보장) 】



ⓐ 선지급 보험금 : 연간1회한 보장의 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입

ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제7조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(유사암제외)으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제11조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

189. 암주요치료비VI(유사암제외)(연간1회한,한도이연형) 특별약관

189-1. 암주요치료비VI(유사암제외)(연간1회한,한도이연형)(통합간편가입형) 특별약관
189-2. 암주요치료비VI(유사암제외)(연간1회한,한도이연형) 특별약관

189-1 및 189-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 암주요치료비VI(유사암제외)(연간1회한,한도이연형) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 암주요치료V(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 암중환자실치료)를 받은 경우에는 제7조(「연간 보장 한도」의 정의)에서 정한「연간 보장 한도」에 따라 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
암주요치료비VI(유사암제외) (연간1회한,한도이연형)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관의 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관의 보험가입금액 (연간 1회한)

제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제2항의 「암」에서 제3항의 「유사암」을 제외한 암을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.
1. 「갑상선암」이라 함은 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 【별표13-2】 「제자리신생물 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 【별표13-3】 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「암 주요치료Ⅴ」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 주요치료Ⅴ」라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 암중환자실치료를 말합니다.

②「암 주요치료Ⅴ」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. 단순 호르몬제 치료

단순 호르몬제 치료
암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.
가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 “암 주요치료Ⅴ”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

제4조(「암수술」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술」이라 함은 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑥ 제1항 내지 제2항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」 등의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

③「항암약물치료(호르몬치료제외)」라 함은 제2항에서 정한「항암약물치료」중에서 제4항에서 정한 「항암호르몬약물치료」를 제외한 치료를 말합니다.

④「항암호르몬약물치료」라 함은 제2항에서 정한 「항암약물치료」 중에서 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 "호르몬성 항암제"를 말합니다.

1. 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"에서 정한 약효분류번호 421(항악성종양제), 617(주로 악성종양에 작용하는 것)에 해당하는 약제
2. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계에 따라 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터(KPIS)에서 부여한 국내 의약품 ATC코드에서 L02(항악성종양제 및 면역조절제 중 내분비 치료제)에 해당하는 약제

호르몬성 항암제
호르몬의 작용을 억제하거나 조절하여 암세포의 성장을 억제하는 약물

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고, 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"의 개정에 따라 제4항 제1호의 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

⑥ 제4항 제2호에도 불구하고, 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계의 개정으로 제4항 제2호의 "ATC코드"가 폐지 또는 변경되거나, 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터에서 국내 의약품에 대하여 "ATC코드"를 부여하지 않아 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 기준을 따릅니다.

제6조(「암중환자실치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「암중환자실치료」라 함은 의사에 의하여 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「암(유사암제외)」으로 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

③ 제1항의「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제7조(「연간 보장 한도」의 정의)

① 이 특별약관에서「연간 보장 한도」라 함은, 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급받을 수 있는 연간 보장 횟수를 의미합니다.

② 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

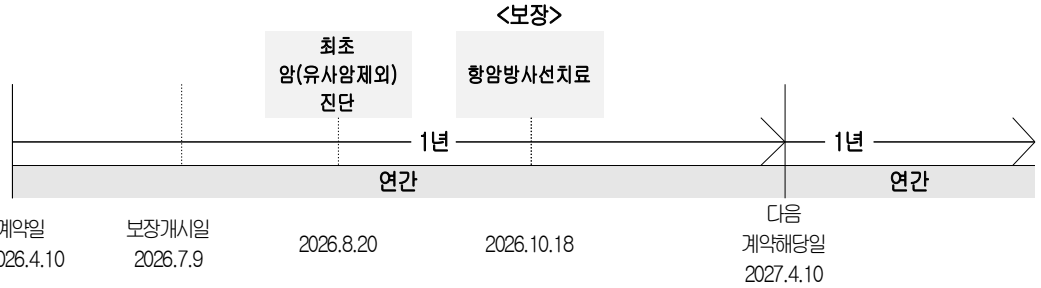
③ 「연간 보장 한도」는 보장개시일 이후에「암(유사암제외)」으로 최초 진단 확정시부터 연간 1회씩 발생하며, 연간 보험금 지급에 사용되지 않은 「연간 보장 한도」는 다음 보험년도로 이연(移延)됩니다.

④ 제3항에 따른 「연간 보장 한도」는 최대 5회이며, 암 주요치료Ⅴ(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 암중환자실치료) 치료구분별로 연간 1회를 한도로 보험금을 지급합니다.

⑤ 암 주요치료Ⅴ(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 암중환자실치료)를 받은 경우에는 「연간 보장 한도」에서 차감하며, 남은 「연간 보장 한도」가 없는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

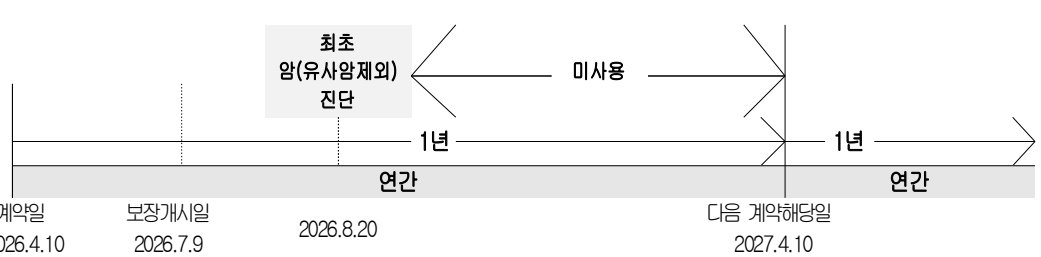
[예시1]암(유사암제외) 진단 후 항암방사선치료시

발생(소멸) 횟수	+1	-1	+1
연간 보장 한도	1회	+1-1=0회	+1-1+1=1회
		<보장>	



[예시2]암(유사암제외) 후 미치료시

발생(소멸) 횟수	+1	+1
연간 보장 한도	1회	+1+1=2회



[예시3]연간 보장 한도가 4회 남았을 때 동일 보험년도내 항암방사선치료(1회) 및 암수술(2회)받은 경우
: 암 주요치료Ⅴ 치료구분별로 연간 1회한이므로 2차 암수술을 미보장

발생(소멸) 횟수	…	-1	-1	0	+1
연간 보장 한도	…	4회	4-1=3회	4-1-1=2회	4-1-1=2회	4-1-1+1=3회
			<보장>	<보장>	<미보장>	

⑥ 제1항 내지 제5항에도 불구하고 이 특별약관의 보험기간이 끝난 경우에는 남은「연간 보장 한도」는 소멸

합니다.

제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 암주요치료비VI(유사암제외)(연간1회한,한도이연형)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

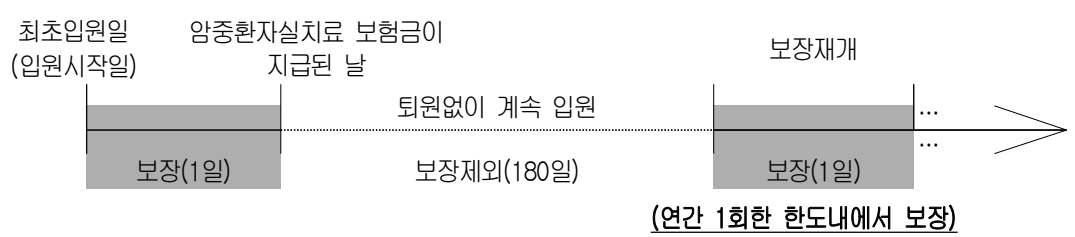
< 암주요치료비VI(유사암제외)(연간1회한,한도이연형)의 보장개시일 >

② 제1조(보험금의 지급사유)의 「암중환자실치료」는 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)의 「암중환자실치료」는 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「암(유사암제외)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암(유사암제외)」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「암(유사암제외)」으로 진단된 경우에는 이는 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

④ 피보험자가 동일한 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「암(유사암제외)」에 대한 입원이라도 암중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시] 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



⑤ 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	-
2026.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2026.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2027.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑥ 피보험자가 종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 암중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단 확정되고 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 암 주요치료Ⅴ를 받기 위해 치료일자 예약 후 제8조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다. 단, 암 주요치료Ⅴ 중 암중환자실치료는 「선지급 보험금」지급대상에서 제외합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

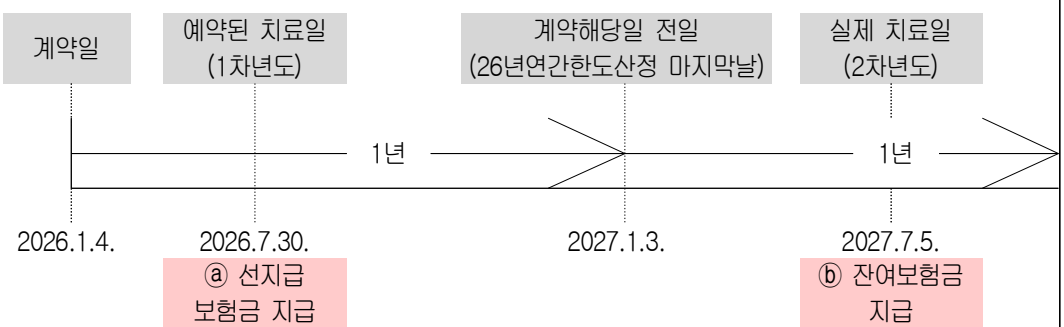
⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에

서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시(지급횟수가 연간1회한 보장) 】



ⓐ 선지급 보험금 : 연간1회한 보장의 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입

ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제8조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니

다.

제10조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(유사암제외)으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제12조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

190. 암주요치료비VI(유사암)(연간1회한,한도이연형) 특별약관

190-1. 암주요치료비VI(유사암)(연간1회한,한도이연형)(통합간편가입형) 특별약관
190-2. 암주요치료비VI(유사암)(연간1회한,한도이연형) 특별약관

190-1 및 190-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 암주요치료비VI(유사암)(연간1회한,한도이연형) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「유사암」으로 진단확정되고 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 암주요치료V(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 암중환자실치료)를 받은 경우에는 제7조(「연간 보장 한도」의 정의)에서 정한「연간 보장 한도」에 따라 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
암주요치료비VI(유사암) (연간1회한,한도이연형)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관의 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관의 보험가입금액 (연간 1회한)

제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)

① 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

1. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「암 주요치료Ⅴ」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 주요치료Ⅴ」라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 암중환자실치료를 말합니다.

② 「암 주요치료Ⅴ」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. 단순 호르몬제 치료

단순 호르몬제 치료

암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.

가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 “암 주요치료Ⅴ”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

제4조(「암수술」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술」이라 함은 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
⑤ 제2항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
⑥ 제1항 내지 제2항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제5조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」등의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다)를 말합니다.
② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)를 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.
③「항암약물치료(호르몬치료제외)」라 함은 제2항에서 정한「항암약물치료」중에서 제4항에서 정한 「항암호르몬약물치료」를 제외한 치료를 말합니다.
④「항암호르몬약물치료」라 함은 제2항에서 정한 「항암약물치료」 중에서 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 "호르몬성 항암제"를 말합니다.
1. 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"에서 정한 약효분류번호 421(항악성종양제), 617(주로 악성종양에 작용하는 것)에 해당하는 약제
2. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계에 따라 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터(KPIS)에서 부여한 국내 의약품 ATC코드에서 L02(항악성종양제 및 면역조절제 중 내분비 치료제)에 해당하는 약제

호르몬성 항암제
호르몬의 작용을 억제하거나 조절하여 암세포의 성장을 억제하는 약물

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고, 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"의 개정에 따라 제4항 제1호의 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.
⑥ 제4항 제2호에도 불구하고, 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계의 개정으로 제4항 제2호의 "ATC코드"가 폐지 또는 변경되거나, 건강보험심사평가

원 의약품관리종합정보센터에서 국내 의약품에 대하여 "ATC코드"를 부여하지 않아 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 기준을 따릅니다.

제6조(「암중환자실치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「암중환자실치료」라 함은 의사에 의하여 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「유사암」으로 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

③ 제1항의「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제7조(「연간 보장 한도」의 정의)

① 이 특별약관에서「연간 보장 한도」라 함은, 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급받을 수 있는 연간 보장 횟수를 의미합니다.

② 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

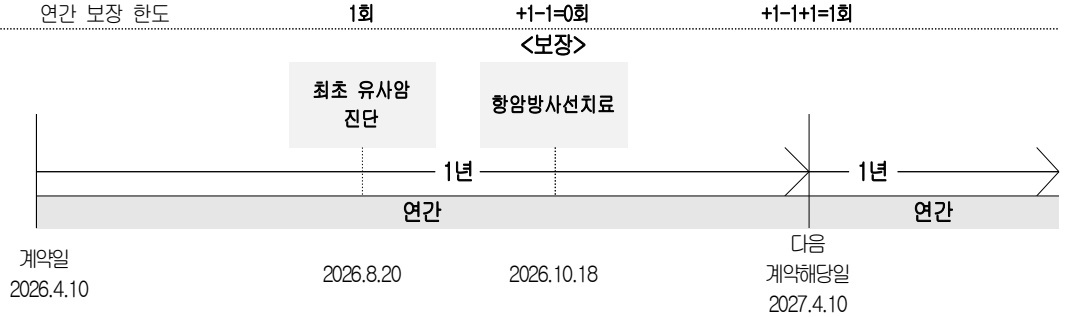
③ 「연간 보장 한도」는 「유사암」으로 최초 진단 확정시부터 연간 1회씩 발생하며, 연간 보험금 지급에 사용되지 않은 「연간 보장 한도」는 다음 보험년도로 이연(移延)됩니다.

④ 제3항에 따른 「연간 보장 한도」는 최대 5회이며, 암 주요치료Ⅴ(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 암중환자실치료) 치료구분별로 연간 1회를 한도로 보험금을 지급합니다.

⑤ 암 주요치료Ⅴ(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 암중환자실치료)를 받은 경우에는 「연간 보장 한도」에서 차감하며, 남은 「연간 보장 한도」가 없는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

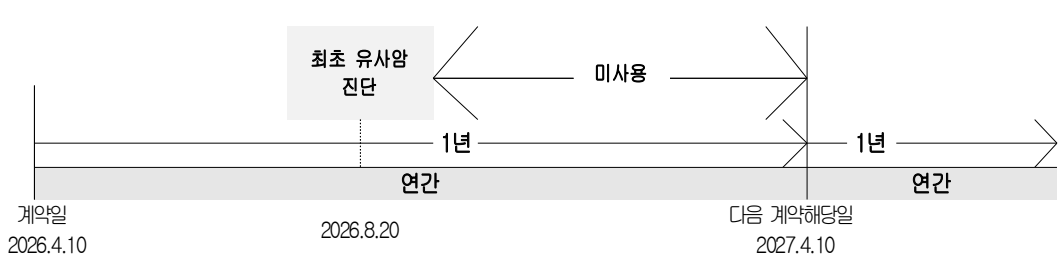
[예시1]유사암 진단 후 항암방사선치료시

발생(소멸) 횟수	+1	-1	+1
연간 보장 한도	1회	+1-1=0회	+1-1+1=1회

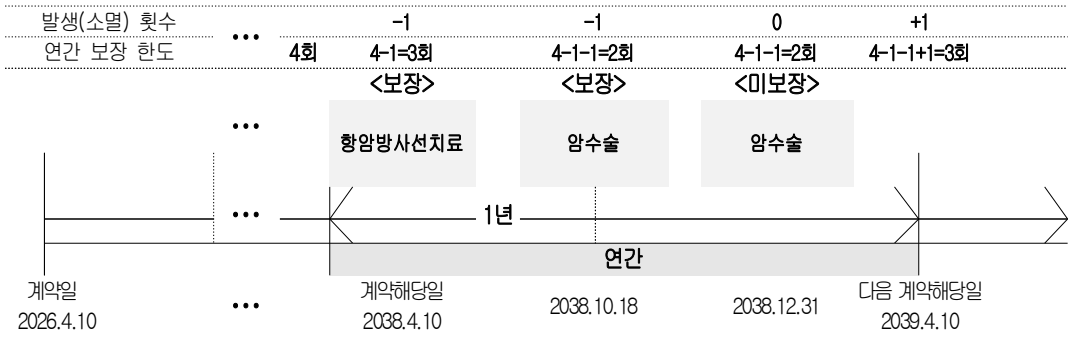


[예시2]유사암 진단 후 미치료시

발생(소멸) 횟수	+1	+1
연간 보장 한도	1회	+1+1=2회



[예시3]연간 보장 한도가 4회 남았을 때 동일 보험년도내 항암방사선치료(1회) 및 암수술(2회)받은 경우
: 암 주요치료Ⅴ 치료구분별로 연간 1회한이므로 2차 암수술을 미보장



⑥ 제1항 내지 제5항에도 불구하고 이 특별약관의 보험기간이 끝난 경우에는 남은「연간 보장 한도」는 소멸합니다.

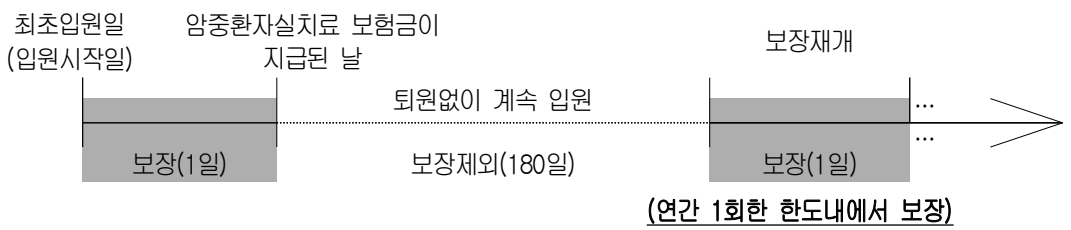
제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「암중환자실치료」는 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 「암중환자실치료」는 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「유사암」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「유사암」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「유사암」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「유사암」으로 진단된 경우에는 이는 「유사암」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 동일한 「유사암」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「유사암」에 대한 입원이라도 암중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시] 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



④ 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	-
2026.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2026.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2027.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑤ 피보험자가 종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 암중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제8조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 「유사암」으로 진단 확정되고 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 암 주요치료Ⅴ를 받기 위해 치료일자 예약 후 제8조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다. 단, 암 주요치료Ⅴ 중 암중환자실치료는 「선지급 보험금」지급대상에서 제외합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

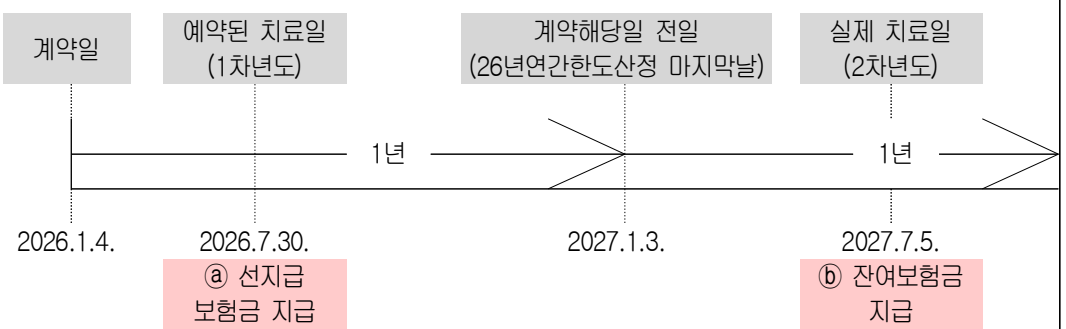
⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료

일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시(지급횟수가 연간1회한 보장) 】



ⓐ 선지급 보험금 : 연간1회한 보장의 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입

ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제8조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

191. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비VI(유사암제외)(연간1회한,한도이연형) 특별약관

191-1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비VI(유사암제외)(연간1회한,한도이연형)(통합간편가입형) 특별약관

191-2. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비VI(유사암제외)(연간1회한,한도이연형) 특별약관

191-1 및 191-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비VI(유사암제외)(연간1회한,한도이연형)(감액없음) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제5조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「상급종합병원」, 「국립암센터」, 「원자력의학원」에서 암 주요치료V(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 암중환자실치료)를 받은 경우에는 제10조(「연간 보장 한도」의 정의)에서 정한「연간 보장 한도」에 따라 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
상급종합병원 (국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비VI(유사암제외) (연간1회한,한도이연형)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관의 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관의 보험가입금액 (연간 1회한)

제2조(「상급종합병원」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「상급종합병원II」이라 함은 「상급종합병원」, 「국립암센터」, 「원자력의학원」을 말합니다.

제3조(「국립암센터」의 정의)

이 특별약관에서 「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)

에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말합니다.

[암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)]
① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

[암관리법 제29조(부속기관의 설치)]
① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

제4조(「원자력의학원」의 정의)

이 특별약관에서 「원자력의학원」이라 함은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 제13조의3(분원 또는 부설기관)에서 정한 한국원자력의학원의 부속병원을 말합니다.

[방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립)]
① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원을 설립한다.

[방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의3(분원 또는 부설기관)]
① 의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

제5조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제2항의 「암」에서 제3항의 「유사암」을 제외한 암을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표13-1】「악성신생물(암) 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

③ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.
1. 「갑상선암」이라 함은 【별표13-1】「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 【별표13-1】「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

3.「제자리암」이라 함은 【별표13-2】「제자리신생물 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.
4.「경계성종양」이라 함은 【별표13-3】「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」로 분류되는 질병을 말합니다.

④「암」, 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제6조(「암 주요치료Ⅴ」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 주요치료Ⅴ」라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 암중환자실치료를 말합니다.

②「암 주요치료Ⅴ」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. 단순 호르몬제 치료

단순 호르몬제 치료
암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.
가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 “암 주요치료Ⅴ”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

제7조(「암수술」등의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술」이라 함은 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑥ 제1항 내지 제2항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제8조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」등의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)를 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

③「항암약물치료(호르몬치료제외)」라 함은 제2항에서 정한「항암약물치료」중에서 제4항에서 정한 「항암호르몬약물치료」를 제외한 치료를 말합니다.

④「항암호르몬약물치료」라 함은 제2항에서 정한 「항암약물치료」 중에서 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 "호르몬성 항암제"를 말합니다.

1. 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"에서 정한 약효분류번호 421(항악성종양제), 617(주로 악성종양에 작용하는 것)에 해당하는 약제
2. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계에 따라 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터(KPIS)에서 부여한 국내 의약품 ATC코드에서 L02(항악성종양제 및 면역조절제 중 내분비 치료제)에 해당하는 약제

호르몬성 항암제
호르몬의 작용을 억제하거나 조절하여 암세포의 성장을 억제하는 약물

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고, 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"의 개정에 따라 제4항 제1호의 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

⑥ 제4항 제2호에도 불구하고, 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계의 개정으로 제4항 제2호의 "ATC코드"가 폐지 또는 변경되거나, 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터에서 국내 의약품에 대하여 "ATC코드"를 부여하지 않아 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 기준을 따릅니다.

제9조(「암중환자실치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「암중환자실치료」라 함은 의사에 의하여 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「암(유사암제외)」으로 제2조(「상급종합병원」등의 정의) 제2항에서 정한 상급종합병원Ⅱ의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제10조(「연간 보장 한도」의 정의)

① 이 특별약관에서「연간 보장 한도」라 함은, 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급받을 수 있는 연간 보장 횟수를 의미합니다.

② 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

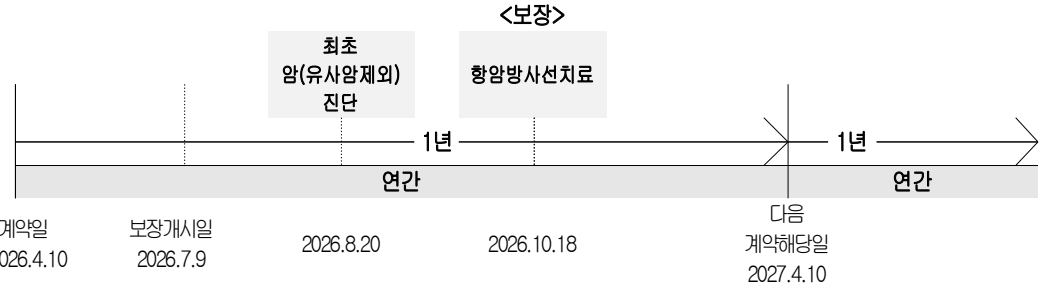
③ 「연간 보장 한도」는 보장개시일 이후에「암(유사암제외)」으로 최초 진단 확정시부터 연간 1회씩 발생하며, 연간 보험금 지급에 사용되지 않은 「연간 보장 한도」는 다음 보험년도로 이연(移延)됩니다.

④ 제3항에 따른 「연간 보장 한도」는 최대 5회이며, 암 주요치료Ⅴ(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 암중환자실치료) 치료구분별로 연간 1회를 한도로 보험금을 지급합니다.

⑤ 암 주요치료Ⅴ(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 암중환자실치료)를 받은 경우에는 「연간 보장 한도」에서 차감하며, 남은 「연간 보장 한도」가 없는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

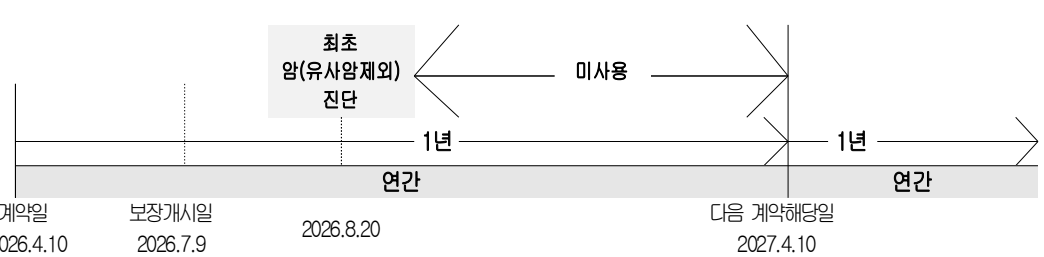
[예시1]암(유사암제외) 진단 후 항암방사선치료시

발생(소멸) 횟수	+1	-1	+1
연간 보장 한도	1회	+1-1=0회	+1-1+1=1회
		<보장>	



[예시2]암(유사암제외) 후 미치료시

발생(소멸) 횟수	+1	+1
연간 보장 한도	1회	+1+1=2회



[예시3]연간 보장 한도가 4회 남았을 때 동일 보험년도내 항암방사선치료(1회) 및 암수술(2회)받은 경우
: 암 주요치료Ⅴ 치료구분별로 연간 1회한이므로 2차 암수술을 미보장

발생(소멸) 횟수	…	-1	-1	0	+1
연간 보장 한도	…	4회	4-1=3회	4-1-1=2회	4-1-1=2회	4-1-1+1=3회
			<보장>	<보장>	<미보장>	

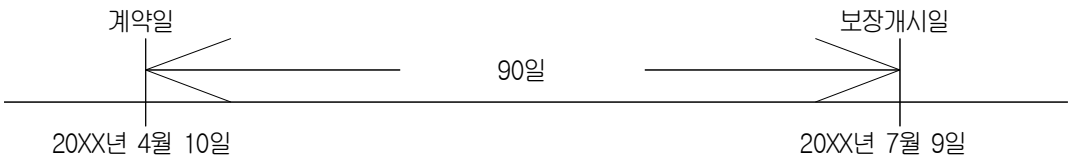
⑥ 제1항 내지 제5항에도 불구하고 이 특별약관의 보험기간이 끝난 경우에는 남은「연간 보장 한도」는 소멸

합니다.

제11조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료VI(유사암제외)(연간1회한,한도이연형)의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

< 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비VI (유사암제외)(연간1회한,한도이연형)의 보장개시일 >

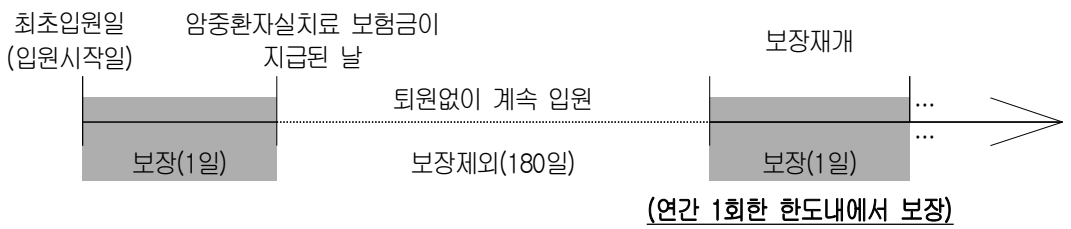


② 제1조(보험금의 지급사유)의 「암중환자실치료」는 상급종합병원II의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)의 「암중환자실치료」는 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「암(유사암제외)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암(유사암제외)」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「암(유사암제외)」으로 진단된 경우에는 이는 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

④ 피보험자가 동일한 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「암(유사암제외)」에 대한 입원이라도 암중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시] 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



⑤ 피보험자가 다른 상급종합병원II 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	-
2026.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2026.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2027.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑥ 피보험자가 상급종합병원Ⅱ 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원Ⅱ 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 상급종합병원Ⅱ 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원Ⅱ에 해당하게 된 경우 상급종합병원Ⅱ 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 암중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제11조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단 확정되고 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 암 주요치료Ⅴ를 받기 위해 치료일자 예약 후 제11조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다. 단, 암 주요치료Ⅴ 중 암중환자실치료는 「선지급 보험금」지급대상에서 제외합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

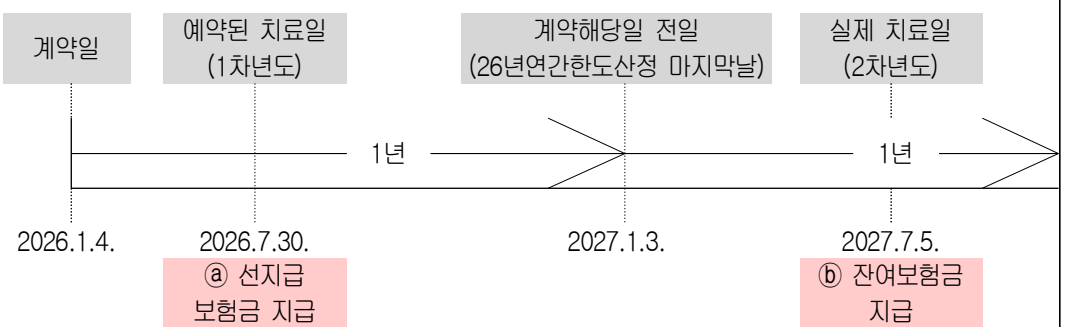
⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제12조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에

서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시(지급횟수가 연간1회한 보장) 】



ⓐ 선지급 보험금 : 연간1회한 보장의 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입

ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제11조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니

다.

제13조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제5조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(유사암제외)으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제14조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제15조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제16조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

192. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비Ⅵ(유사암)(연간1회한,한도이연형) 특별약관

192-1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비Ⅵ(유사암)(연간1회한,한도이연형)(통합간편가입형) 특별약관

192-2. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비Ⅵ(유사암)(연간1회한,한도이연형) 특별약관

192-1 및 192-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비Ⅵ(유사암)(연간1회한,한도이연형) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(「유사암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「유사암」으로 진단확정되고 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 「상급종합병원」, 「국립암센터」, 「원자력의학원」에서 암 주요치료Ⅴ(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 암중환자실치료)를 받은 경우에는 제10조(「연간 보장 한도」의 정의)에서 정한「연간 보장 한도」에 따라 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
상급종합병원 (국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비VI(유사암) (연간1회한,한도이연형)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관의 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관의 보험가입금액 (연간 1회한)

제2조(「상급종합병원」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「상급종합병원II」이라 함은 「상급종합병원」, 「국립암센터」, 「원자력의학원」을 말합니다.

제3조(「국립암센터」 의 정의)

이 특별약관에서 「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말합니다.

[암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)]

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

[암관리법 제29조(부속기관의 설치)]

① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

제4조(「원자력의학원」 의 정의)

이 특별약관에서 「원자력의학원」이라 함은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 제13조의3(분원 또는 부설기관)에서 정한 한국원자력의학원의 부속병원을 말합니다.

[방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립)]

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원을 설립한다.

[방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의3(분원 또는 부설기관)]

① 의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

제5조(「유사암」 의 정의 및 진단확정)

①「유사암」이라 함은「갑상선암」,「기타피부암」,「제자리암」,「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

1.「갑상선암」이라 함은「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2.「기타피부암」이라 함은「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3.「제자리암」이라 함은「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
4.「경계성종양」이라 함은「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

②「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결

과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제6조(「암 주요치료Ⅴ」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 주요치료Ⅴ」라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 암중환자실치료를 말합니다.

②「암 주요치료Ⅴ」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. 단순 호르몬제 치료

단순 호르몬제 치료

암의 직접적인 치료 목적이 아닌 체내 부족한 호르몬의 보충 및 조절 등을 위해 호르몬제를 투여하는 경우를 말합니다.
가령, 피임 목적 호르몬제, 성장호르몬 주사제 및 인슐린 주사제 등이 이에 해당합니다.

5. 제1호 내지 제4호 이외의 “암 주요치료Ⅴ”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

제7조(「암수술」등의 정의)

① 이 특별약관에서 「암수술」이라 함은 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑥ 제1항 내지 제2항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제8조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」 등의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)를 말하며. 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

③「항암약물치료(호르몬치료제외)」라 함은 제2항에서 정한「항암약물치료」중에서 제4항에서 정한 「항암호르몬약물치료」를 제외한 치료를 말합니다.

④「항암호르몬약물치료」라 함은 제2항에서 정한 「항암약물치료」 중에서 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 "호르몬성 항암제"를 말합니다.

1. 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"에서 정한 약효분류번호 421(항악성종양제), 617(주로 악성종양에 작용하는 것)에 해당하는 약제
2. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계에 따라 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터(KPIS)에서 부여한 국내 의약품 ATC코드에서 L02(항악성종양제 및 면역조절제 중 내분비 치료제)에 해당하는 약제

호르몬성 항암제
호르몬의 작용을 억제하거나 조절하여 암세포의 성장을 억제하는 약물

⑤ 제4항 제1호에도 불구하고, 식품의약품안전처에서 고시하는 "의약품등 분류번호에 관한 규정"의 개정에 따라 제4항 제1호의 "약효분류번호"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

⑥ 제4항 제2호에도 불구하고, 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적(Anatomical Therapeutic Chemical, ATC) 의약품 분류체계의 개정으로 제4항 제2호의 "ATC코드"가 폐지 또는 변경되거나, 건강보험심사평가원 의약품관리종합정보센터에서 국내 의약품에 대하여 "ATC코드"를 부여하지 않아 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 기준을 따릅니다.

제9조(「암중환자실치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「암중환자실치료」라 함은 의사에 의하여 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「유사암」으로 제2조(「상급종합병원」 등의 정의) 제2항에서 정한 상급종합병원Ⅱ의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다

② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제10조(「연간 보장 한도」의 정의)

① 이 특별약관에서「연간 보장 한도」라 함은, 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급받을 수 있

는 연간 보장 횟수를 의미합니다.

② 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

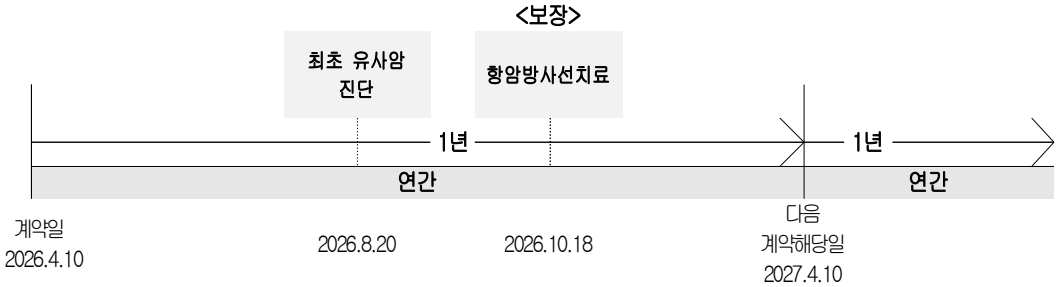
③ 「연간 보장 한도」는 「유사암」으로 최초 진단 확정시부터 연간 1회씩 발생하며, 연간 보험금 지급에 사용되지 않은 「연간 보장 한도」는 다음 보험년도로 이연(移延)됩니다.

④ 제3항에 따른 「연간 보장 한도」는 최대 5회이며, 암 주요치료Ⅴ(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 암중환자실치료) 치료구분별로 연간 1회를 한도로 보험금을 지급합니다.

⑤ 암 주요치료Ⅴ(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료(호르몬치료제외), 암중환자실치료)를 받은 경우에는 「연간 보장 한도」에서 차감하며, 남은 「연간 보장 한도」가 없는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

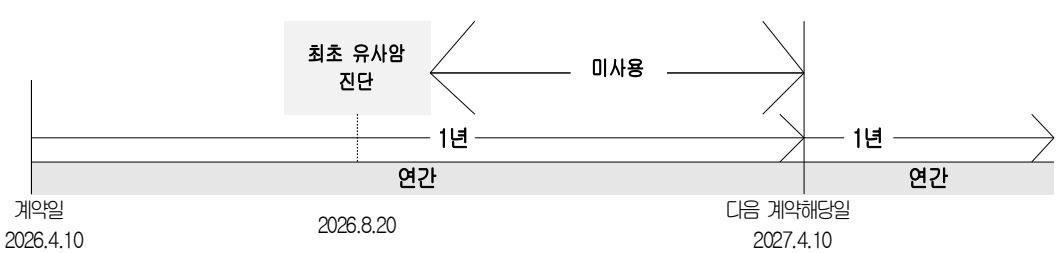
[예시1]유사암 진단 후 항암방사선치료시

발생(소멸) 횟수	+1	-1	+1
연간 보장 한도	1회	+1-1=0회	+1-1+1=1회
		<보장>	



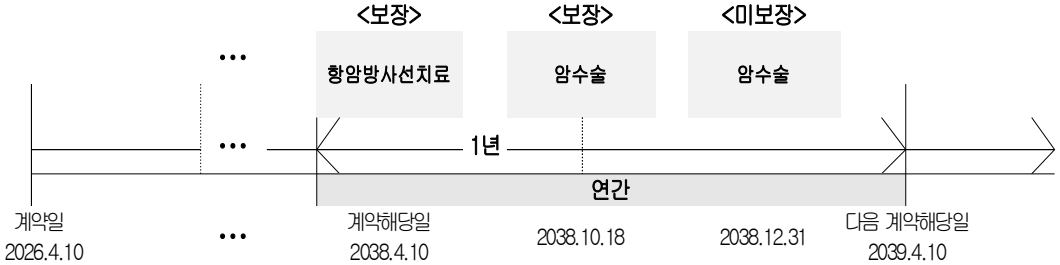
[예시2]유사암 진단 후 미치료시

발생(소멸) 횟수	+1	+1
연간 보장 한도	1회	+1+1=2회



[예시3]연간 보장 한도가 4회 남았을 때 동일 보험년도내 항암방사선치료(1회) 및 암수술(2회)받은 경우 : 암 주요치료Ⅴ 치료구분별로 연간 1회한이므로 2차 암수술을 미보장

발생(소멸) 횟수	…	-1	-1	0	+1
연간 보장 한도	4회	4-1=3회	4-1-1=2회	4-1-1=2회	4-1-1+1=3회
		<보장>	<보장>	<미보장>	



⑥ 제1항 내지 제5항에도 불구하고 이 특별약관의 보험기간이 끝난 경우에는 남은「연간 보장 한도」는 소멸합니다.

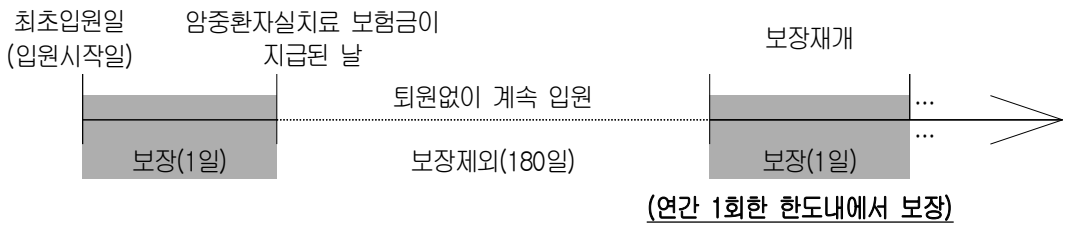
제11조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「암중환자실치료」는 상급종합병원Ⅱ의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 「암중환자실치료」는 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「유사암」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「유사암」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「유사암」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「유사암」으로 진단된 경우에는 이는 「유사암」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 동일한 「유사암」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「유사암」에 대한 입원이라도 암중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시] 암중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



④ 피보험자가 다른 상급종합병원Ⅱ 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	-
2026.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2026.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2027.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑤ 피보험자가 상급종합병원Ⅱ 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원Ⅱ 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 상급종합병원Ⅱ 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원Ⅱ에 해당하게 된 경우 상급종합병원Ⅱ 적용일을 입원시작일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암중환자실치료 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 암중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제11조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후에 「유사암」으로 진단 확정되고 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 암 주요치료Ⅴ를 받기 위해 치료일자 예약 후 제11조의3(보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다. 단, 암 주요치료Ⅴ 중 암중환자실치료는 「선지급 보험금」지급대상에서 제외합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

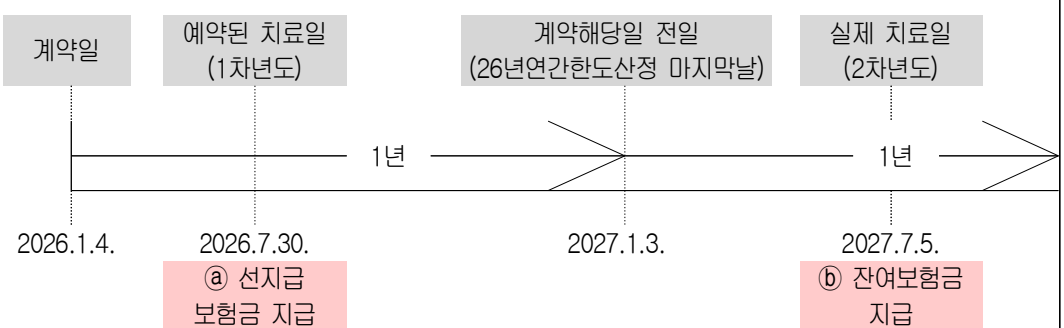
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제12조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시(지급횟수가 연간1회한 보장) 】



ⓐ 선지급 보험금 : 연간1회한 보장의 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입

ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에

해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제11조의3(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제12조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제13조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

193. 보험료 페이백(유사암진단) 특별약관

193-1. 보험료 페이백(유사암진단)(통합간편가입형) 특별약관
193-2. 보험료 페이백(유사암진단) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험료 페이백(유사암진단) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)의 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 확정 되었을 때에는 최초

1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
보험료 페이백(유사암진단)	이 특별약관의 보험가입금액 x 납입경과월수

② 이 특별약관은 보험금 지급사유 발생시점까지의 이 계약의 기납입보험료 합계액의 50% 상당액을 지원하는 특약으로, 이 특별약관의 보험가입금액을 기준으로 산출된 지급금액(일시납보험료를 제외한 매월 납입하는 월납보험료를 기준으로 산출합니다)을 보험금으로 지급합니다.

③ 제2항의 보험가입금액은 납입보험료에 따라 산정되며, 실제 납입보험료 합계액의 50%와 상이할 수 있습니다.

④ 제2항에도 불구하고 보험계약체결 후 계약변경 등의 사유로 납입보험료가 변경되는 경우에는 보험계약체결시점의 보험료를 기준으로 계산합니다.

⑤ 제1항의 「납입경과월수」라 함은 계약 체결시부터 보험금 지급사유 발생일까지의 매월 계약해당일의 경과횟수를 말합니다. 단, 납입경과월수는 이 특별약관의 총 보험료 납입횟수를 한도로 합니다.

제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

1. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

다만, 회사가 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 제1항 이외에도 [제6장. 제도성 특별약관][7. 보장보험료 납입면제 특별약관] 제2조(보장보험료의 납입면제 사유) 및 [제6장. 제도성 특별약관][7. 보장보험료 납입면제 특별약관] 제3조(보장보험료 납입면제에 관한 세부규정)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자가 사망한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

194. 열번보장받는 통합진단비III(기본형/고급형)(갱신형_20년) 특별약관

194-1. 열번보장받는 통합진단비III(기본형/고급형)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관
194-2. 열번보장받는 통합진단비III(기본형/고급형)(갱신형_20년) 특별약관

194-1 및 194-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

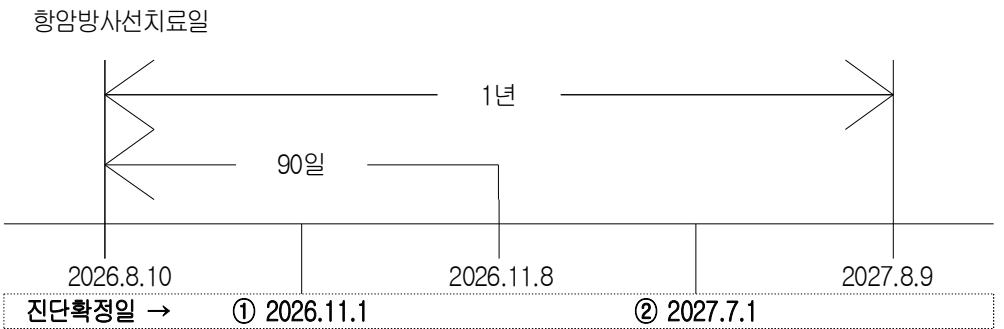
1. 열번보장받는 통합진단비III(기본형/고급형) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에「경증 그룹」,「중등증 그룹」및「중증 그룹」의 세부 질병으로 진단이 확정되었을 때에는 보장한도(최대 10회) 내에서 진단 1회당 아래의 금액을 지급 (단, 각 그룹에 속한 세부 질병의 보장은 각각 최초 1회에 한함)

구분		세부 질병	지급금액(만원)							
			고급형 (보험가입금액 1,000만원)				기본형 (보험가입금액 500만원)			
			최초계약			갱신계약	최초계약			갱신계약
			계약일로부터 90일미만 발생시	계약일로부터 1년미만 발생시	계약일로부터 1년이후 발생시	갱신일로부터	계약일로부터 90일미만 발생시	계약일로부터 1년미만 발생시	계약일로부터 1년이후 발생시	갱신일로부터
계속보장통합진단비III	경증그룹	항암방사선치료후 4대합병증	15		30	30	7.5		15	15
		급성신우신염	15		30	30	7.5		15	15
		녹내장	15		30	30	7.5		15	15
		대상포진	15		30	30	7.5		15	15
		백내장	15		30	30	7.5		15	15
		통풍	15		30	30	7.5		15	15
		특정갑상선기능저하증 (선천성 제외)	15		30	30	7.5		15	15
		대상포진눈병	15		30	30	7.5		15	15
		류마티스관절염 (항류마티스약제)	15		30	30	7.5		15	15
		요로결석	-		30	30	-		15	15
		천식지속상태	15		30	30	7.5		15	15
	중등증그룹	순환계질환 (특정질병 및 2대질병제외)	100		200	200	50		100	100
		주요심장염증질환	100		200	200	50		100	100
		특정심혈관질환 (기타심장부정맥)	20	100	200	200	10	50	100	100
		특정심혈관질환 (기타심장부정맥제외)	20	100	200	200	10	50	100	100
		갑상선암	100		200	200	50		100	100
		기타피부암	100		200	200	50		100	100
		제자리암	100		200	200	50		100	100
		경계성종양	100		200	200	50		100	100
		항암방사선치료후 5대합병증	100		200	200	50		100	100
		7대희귀난치성질환	100		200	200	50		100	100
		크론병 및 궤양성대장염	100		200	200	50		100	100
		특정패혈증	200			200	100			100
		특정망막질환	100		200	200	50		100	100
	중증그룹	뇌전증	500		1,000	1,000	250		500	500
		뇌졸중	100	500	1,000	1,000	50	250	500	500
		뇌출혈	500		1,000	1,000	250		500	500
		뇌혈관질환	100	500	1,000	1,000	50	250	500	500
		허혈성심질환	100	500	1,000	1,000	50	250	500	500
		암(유사암제외)	500		1,000	1,000	250		500	500
		중기이상 만성간질환	1,000			1,000	500			500
		중기이상 만성폐질환	1,000			1,000	500			500
		중기이상 만성신부전증	1,000			1,000	500			500

2. 제1호에도 불구하고「경증 그룹」중 「항암방사선치료후 4대합병증」 및 「중등증 그룹」중 「항암방사선치료후 5대합병증」의 보험금 지급사유는, 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에「암」,「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 진단 확

정되고 그 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 「항암방사선치료」를 받은 날로부터 "1년이내"(단, 「항암방사선치료후 5대합병증」 보장 중 폐렴, 뇌부종의 경우 "90일이내")에 「항암방사선치료후 4대합병증」 또는 「항암방사선치료후 5대합병증」으로 진단이 확정되었을 경우로 합니다.

【 제1조(보험금의 지급사유) 제2호 보험금 지급예시 】



예시1) 「항암방사선치료후 5대합병증」 중 폐렴 및 뇌부종 이외의 질병 진단확정일이 ① 2026.11.1인 경우
→ 항암방사선치료후 1년 이내 확정으로 **보험금 지급**

예시2) 「항암방사선치료후 4대합병증」 진단확정일이 ② 2027.7.1인 경우
→ 항암방사선치료후 1년 이내 확정으로 **보험금 지급**

예시3) 「항암방사선치료후 5대합병증」 중 폐렴 또는 뇌부종 진단확정일이 ② 2027.7.1인 경우
→ 항암방사선치료후 90일 초과된 확정으로 **보험금 부지급**

제2조(「경증 그룹」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「경증 그룹」이라 함은 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병		
번호	세부 질병명	참조 분류표
1	항암방사선치료후 4대합병증	「항암방사선치료후 4대합병증 분류표」(【별표121】 참조)
2	급성신우신염	「급성신우신염 분류표」(【별표53】 참조)
3	녹내장	「녹내장 분류표」(【별표116】 참조)
4	대상포진	「대상포진 분류표」(【별표22】 참조)
5	백내장	「백내장 분류표」(【별표32】 참조)
6	통풍	「통풍 분류표」(【별표24】 참조)
7	특정갑상선기능저하증(선천성 제외)	「특정갑상선기능저하증(선천성 제외) 분류표」(【별표119】 참조)
8	대상포진눈병	「대상포진눈병 분류표」(【별표23】 참조)
9	류마티스관절염(항류마티스약제)	동조 제11항 참조
10	요로결석	「요로결석 분류표」(【별표48】 참조)
11	천식지속상태	「천식지속상태 분류표」(【별표122】 참조)

② 이 특별약관에서 「항암방사선치료후 4대합병증」이라 함은 「항암방사선치료후 4대합병증 분류표」(【별표121】 참조)에 해당하는 1. 방사선피부염, 2. 처치후 갑상선기능저하증, 3. 처치후 뇌하수체기능저하증, 4. 기타 명시된 다발신경병증을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의

「암」,「갑상선암」또는「기타피부암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「급성신우신염」이라 함은「급성신우신염 분류표」(【별표53】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「녹내장」이라 함은「녹내장 분류표」(【별표116】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「대상포진」이라 함은「대상포진 분류표」(【별표22】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「백내장」이라 함은「백내장 분류표」(【별표32】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑧ 이 특별약관에서 「통풍」이라 함은「통풍 분류표」(【별표24】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑨ 이 특별약관에서 「특정갑상선기능저하증(선천성 제외)」이라 함은「특정갑상선기능저하증(선천성 제외) 분류표」(【별표119】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑩ 이 특별약관에서 「대상포진눈병」이라 함은「대상포진눈병 분류표」(【별표23】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑪ 이 특별약관에 있어서 「류마티스관절염(항류마티스약제)」이라 함은 다음의 '가'와 '나'의 두 가지 요건을 모두 만족하는 질병을 말합니다.

가. 1. 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
혈청검사 양성 류마티스관절염	M05
[J99.0*: 류마티스 폐질환(M05.1+)]	J99.0*
기타 류마티스 관절염	M06

1) 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

3) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

나. 항류마티스약제(Disease modifying anti rheumatic drugs, DMARDs)로 치료를 받은 적이 있어야 합니다. 항류마티스약제(DMARDs)로 치료 받았거나 치료 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. (아세틸살리실산제제 등 비스테로이드성항염제는 제외됩니다) 다만, 임상학적으로 류마티스관절염 치료를 위해 항류마티스약제(DMARDs) 치료가 필요함에도 불구하고 다음의 1) 또는 2)에 해당되어 치료를 받지 못할 경우, 다음의 1) 또는 2)에 해당됨을 증명할 만한 문서화된 기록이나 증거로 대신할 수 있습니다.

1) 부작용 등의 이유로 인하여 항류마티스약제(DMARDs)로 치료받을 수 없는 경우

2) 항류마티스약제(DMARDs)를 대체할만한 새로운 대체 치료방법의 등장으로 인하여 항류마티스약제(DMARDs)로 치료받지 않는 경우

⑫ 이 특별약관에 있어서 「요로결석」이라 함은 「요로결석 분류표」(【별표48】 참조)에 해당하는 요로결석으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑬ 이 특별약관에 있어서 「천식지속상태」라 함은 「천식지속상태 분류표」(【별표122】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

유의사항

제13항의 「천식지속상태 분류표」에서 정한 J46(천식지속상태)은 한국표준질병·사인분류 지침서(통계청)의 '주요 질환별 분류 지침'에 따라 '급성중증 천식', '불응의(refractory) 천식'으로 분류된 질병을 말합니다. 단, '천식', '중증천식', '급성천식', '만성천식'과 같은 용어로 표현되는 J45(천식)은 이 계약에서 보장하지 않습니다.

⑭ 질병의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 질병의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑮ 제14항에도 불구하고, 「통풍」의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며 임상학적 기준을 근거로 혈청 요산 검사, 관절액 채취 및 편광현미경 검사, 기타 혈액 검사 등의 검사 소견 및 초음파, 이중에너지 컴퓨터 단층촬영, 방사선 검사 등의 영상 소견을 기초로 내립니다. 또한 회사가 「통풍」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

⑯ 제14항에도 불구하고, 「특정갑상선기능저하증(선천성 제외)」의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 갑상선 자극 호르몬(TSH) 검사, 유리 싸이록신(free T4) 검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「특정갑상선기능저하증(선천성 제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
또한 회사가 「특정갑상선기능저하증(선천성 제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(「중등증 그룹」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「중등증 그룹」이라 함은 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병		
번호	세부 질병명	참조 분류표
1	순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)	「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외) 분류표」(【별표83】참조)
2	주요심장염증질환	「주요심장염증질환 분류표」(【별표39】참조)
3	특정심혈관질환(기타심장부정맥)	「특정심혈관질환(기타심장부정맥) 분류표」(【별표36】참조)
4	특정심혈관질환(기타심장부정맥제외)	「특정심혈관질환(기타심장부정맥제외) 분류표」(【별표35】참조)
5	(유사암) 갑상선암	「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조) 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))
6	(유사암) 기타피부암	「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】참조) 중 분류번호 C44(기타 피부암의 악성신생물(암))
7	(유사암) 제자리암	「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】참조)
8	(유사암) 경계성종양	「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】참조)
9	항암방사선치료후 5대합병증	「항암방사선치료후 5대합병증 분류표」(【별표120】참조)
10	7대희귀난치성질환	「7대희귀난치성질환 분류표」(【별표115】참조)

대상이 되는 질병		
11	크론병 및 궤양성대장염	「크론병 및 궤양성대장염 분류표」(【별표50】 참조)
12	특정패혈증	「특정패혈증 분류표」(【별표52】 참조)
13	특정망막질환	「특정망막질환 분류표」(【별표117】 참조)

② 이 특별약관에서 「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」이라 함은「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외) 분류표」(【별표83】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「2대질병」이라 함은「뇌혈관질환」및「허혈성심질환」을 말하며, 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

1.「뇌혈관질환」은「뇌혈관질환 분류표」(【별표19】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2.「허혈성심질환」은「허혈성심질환 분류표」(【별표18】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「특정질병」이라 함은「특정순환계질환II 분류표」(【별표85】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「주요심장염증질환」이라 함은「주요심장염증질환 분류표」(【별표39】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「특정심혈관질환(기타심장부정맥)」이라 함은「특정심혈관질환(기타심장부정맥) 분류표」(【별표36】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「특정심혈관질환(기타심장부정맥제외)」이라 함은「특정심혈관질환(기타심장부정맥제외) 분류표」(【별표35】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑧ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

1.「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

2.「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

3.「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표13-2】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

4.「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표13-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

⑨ 이 특별약관에서 「항암방사선치료후 5대합병증」이라 함은「항암방사선치료후 5대합병증 분류표」(【별표120】 참조)에 해당하는 1. 폐렴, 2. 뇌부종, 3. 골괴사, 4. 방사선장염, 5. 방사선방광염을 말합니다.

⑩ 이 특별약관에서 「7대희귀난치성질환」이라 함은 「7대희귀난치성질환 분류표」(【별표115】 참조)에 해당하는 1. 재생불량성빈혈, 2. 운동신경세포병, 3. 다발경화증, 4. 파킨슨병, 5. 심근질환(I42.4(심내막탄력섬유증) 제외), 6. 모야모야병, 7. 전신홍반루푸스로 분류되는 질병을 말합니다.

⑪ 이 특별약관에서 「크론병 및 궤양성대장염」이라 함은「크론병 및 궤양성대장염 분류표」(【별표50】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 가족성 크론병은 보장에서 제외됩니다.

⑫ 이 특별약관에서 「특정패혈증」이라 함은「특정패혈증 분류표」(【별표52】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑬ 이 특별약관에서 「특정망막질환」이라 함은「특정망막질환 분류표」(【별표117】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑭ 질병의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 질병의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

⑮ 제14항에도 불구하고, 「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 혈액검사(혈액 중 심장효소검사 등), 뇌척수액 검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 핵의학 검사, 혈관 도플러

검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화 단층술(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」으로 확정되거나 추정되는 경우

⑯ 제14항에도 불구하고, 「주요심장염증질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장 전산화단층촬영(CT), 양전자방층단층술(PET), 관상동맥조영술 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가「주요심장염증질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「주요심장염증질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「주요심장염증질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

⑰ 제14항에도 불구하고, 「특정심혈관질환(기타심장부정맥)」및「특정심혈관질환(기타심장부정맥제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「특정심혈관질환(기타심장부정맥)」및「특정심혈관질환(기타심장부정맥제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「특정심혈관질환(기타심장부정맥)」및「특정심혈관질환(기타심장부정맥제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「특정심혈관질환(기타심장부정맥)」및「특정심혈관질환(기타심장부정맥제외)」으로 확정되거나 추정되는 경우

⑱ 제14항에도 불구하고, 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑲ 제18항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제18항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑳ 제14항에도 불구하고, 「7대희귀난치성질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 임상적 증상과 함께 골수검사, 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 근전도검사 및 혈액검사 등 각 질환의 진단적 절차에 따라 시행한 검사 결과를 기초로 하여야 합니다.

㉑ 제14항에도 불구하고, 「크론병 및 궤양성대장염」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 병력 청취 및 신체검진, 조직병리학적·방사선학적 검진과 함께 내시경검사, 전산화단층촬영(CT) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「크론병 및 궤양성대장염」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(「중증 그룹」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「중증 그룹」이라 함은 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병		
번호	세부 질병명	참조 분류표
1	뇌전증	「뇌전증 분류표」(【별표118】 참조)
2	뇌졸중	「뇌졸중 분류표」(【별표17】 참조)
3	뇌출혈	「뇌출혈 분류표」(【별표15】 참조)
4	뇌혈관질환	「뇌혈관질환 분류표」(【별표19】 참조)
5	허혈성심질환	「허혈성심질환 분류표」(【별표18】 참조)
6	암(유사암제외)	「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조) 중 분류번호 C44 및 C73 제외
7	중기이상 만성간질환	「간경변증 분류표」(【별표49】 참조)
8	중기이상 만성폐질환	「만성폐질환 분류표」(【별표106】 참조)
9	중기이상 만성신부전증	「만성 신장질환 분류표」(【별표123】 참조)

② 이 특별약관에서 「뇌전증」이라 함은「뇌전증 분류표」(【별표118】 참조)에 해당하는 뇌전증, 뇌전증지속상태를 말하며, 경련성 발작, 열성경련, 상세불명의 경련, 뇌졸중에 합병된 발작은 보장하지 않습니다.

③ 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표17】 참조)에 해당하는 1. 거미막하출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착으로 분류되는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「뇌출혈」이라 함은 「뇌출혈 분류표」(【별표15】 참조)에 해당하는 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표19】 참조)에 해당하는 1. 거미막하 출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 8. 기타 뇌혈관 질환, 9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 10. 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「허혈성심질환」이라 함은 「허혈성심질환 분류표」(【별표18】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「암」이라 함은「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

다만,「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑧ 「암(유사암제외)」라 함은「암」에서「유사암」을 제외한 암을 말합니다.
⑨ 이 특별약관에서 「중기이상 만성간질환」은 만성적인 염증으로 인해 정상적인 간 조직이 재생결절(regenerative nodules; 작은 덩어리가 만들어지는 현상) 등의 섬유화 조직으로 바뀌어 간의 기능이 저하되는 간경변증으로 진단받고, 복수(ascites)가 확인된 경우를 말합니다.
⑩ 제9항의 「간경변증」이라 함은 「간경변증 분류표」(【별표49】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
⑪ 이 특별약관에서 「중기이상 만성폐질환」이라 함은「만성폐질환 분류표」(【별표106】 참조)에서 정한 질병 중에서 폐장이 비가역적인 기능부전을 보여서 그 결과 평지에서의 보행에도 호흡곤란이 있는 상태로서 다음의 한 가지 기준 이상에 해당되어야 합니다.
1. 폐기능 검사에서 최대한 노력하여 잘 불었을 때 1초간 노력성 호기량(FEV1.0)이 지속적으로 정상예측치의 40% 이하
2. 비가역적인 만성 저산소증으로서 안정상태에서의 동맥혈 가스분석검사(ABGA)상 동맥혈 산소분압(PaO2)이 65 ㎜Hg 이하

⑫ 제11항에도 불구하고 폐기능 검사성적과 동맥혈 가스분석검사는 그 성질상 변동하기 쉬운 것이기 때문에 폐질환의 경과 중에 있어서 가장 적절하게 상병을 나타내고 있다고 생각되는 검사성적에 근거하여야 합니다.
⑬ 이 특별약관에서 「중기이상 만성신부전증」이라 함은 단백뇨가 지속적으로 나오거나 혈뇨와 같은 신장손상의 증거가 있는 등 신장기능이 3개월 이상 지속적으로 저하된 상태로 「만성 신장질환 분류표」(【별표123】 참조)에 해당하는 질병으로 확정되고, 사구체 여과율(GFR) 수치가 3개월 이상 동안 반복적인 검사결과 30mL/min/1.73㎡ 미만으로 지속된 경우를 말합니다.
⑭「뇌전증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌파검사, 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층촬영(SPECT) 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
가. 보험기간 중 「뇌전증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
나. 부검감정서상 사인이 「뇌전증」으로 확정되거나 추정되는 경우
⑮「뇌졸중」,「뇌출혈」및「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에

는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중「뇌졸중」,「뇌출혈」및「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이「뇌졸중」,「뇌출혈」및「뇌혈관질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]

Single Photon Emission Computed Tomography. γ선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

⑯「허혈성심질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가「허혈성심질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중「허혈성심질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이「허혈성심질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

⑰「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑱ 제17항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제17항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑲「중기이상 만성간질환」의 진단 확정과 복수의 확인은 이학적 소견, 복수 천자, 영상검사에 의해 의료법

제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
또한 회사가「중기이상 만성간질환」의 조사나 확인을 위하여 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑳「중기이상 만성폐질환」의 진단 확정은 정기적인 흉부X선 소견, 폐기능 검사, 동맥혈 가스검사 등을 확인한 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가「중기이상 만성폐질환」의 조사나 확인을 위하여 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

㉑「중기이상 만성신부전증」의 진단 확정은 신장 초음파 검사에서 신장의 크기 및 요로폐쇄 징후 등을 확인한 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가「중기이상 만성신부전증」의 조사나 확인을 위하여 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

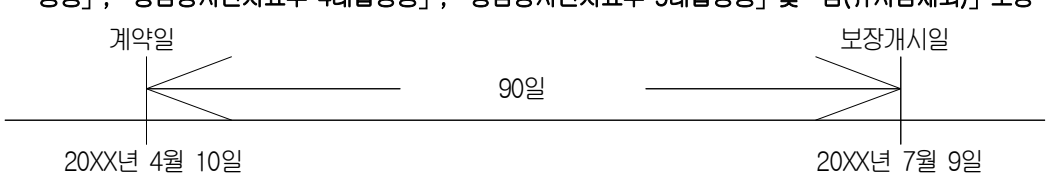
제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 열번보장받는 통합진단비III(기본형/고급형)(갱신형_20년)의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 최초계약의 경우
   가.「통풍」 및「암(유사암제외)」보장
      - 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
   나. 「항암방사선치료후 4대합병증」,「항암방사선치료후 5대합병증」보장
      - 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(단, 갑상선암, 기타피부암에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다)
   다.「요로결석」보장
      - 보험계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날
   라. 가목 및 나목 이외의 질병 보장 : 보험계약일
2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

< 열번보장받는 통합진단비III(기본형/고급형)(갱신형_20년) 특정 질병 보장개시일 >
(최초계약에 한함)(단, 기타피부암 및 갑상선암은 제외)

• **「통풍」,「항암방사선치료후 4대합병증」,「항암방사선치료후 5대합병증」및「암(유사암제외)」보장**



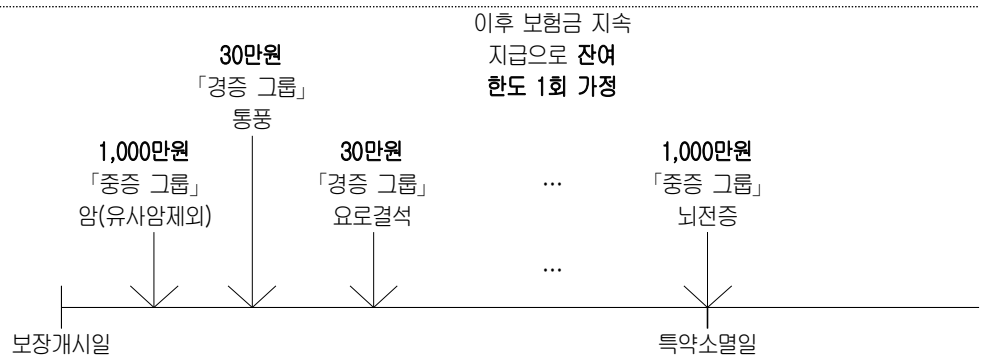
• **「요로결석」보장**

② 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금의 지급은 「경증 그룹」,「중등증 그룹」및「중증 그룹」의 각각의 보장을 합하여 통합 최대 10회를 한도로 하며, 10회를 모두 지급한 경우에는 제11조(특별약관의 소멸)

제1항에 따라 특약은 소멸되며 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

[제2항 관련 예시] - 고급형 기준 (계약일로부터 1년이후 발생시 가정)

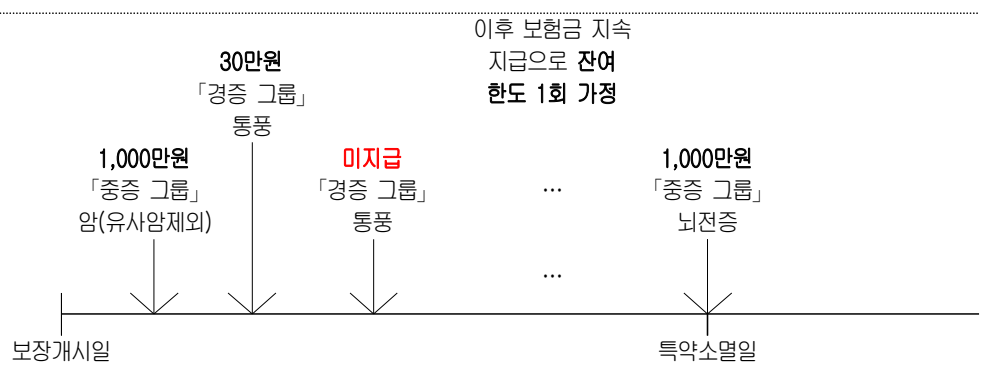
보험금 지급전 한도	10회	9회	8회		**1회**
보험금 지급후 한도	9회	8회	7회		**0회 (특약소멸)**
이미 지급한 보험금 횟수	1회	2회	3회	…	10회
지급보험금	1천만	30만	30만		**1천만**



③ 「경증 그룹」, 「중등증 그룹」 및 「중증 그룹」의 각 그룹을 구성하는 질병의 보장은 각각 최초 1회에 한합니다.

[제3항 관련 예시] - 고급형 기준 (계약일로부터 1년이후 발생시 가정)

보험금 지급전 한도	10회	9회	8회		**1회**
보험금 지급후 한도	9회	8회	**8회**		**0회 (특약소멸)**
이미 지급한 보험금 횟수	1회	2회	2회	…	10회
지급보험금	1천만	30만	미지급		**1천만**



④ 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

다만, 회사가 제11조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

⑤ 「항암방사선치료후 4대합병증」 및 「항암방사선치료후 5대합병증」 보장의 경우, 피보험자가 제1항의 보장개시일 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 으로 진단확정되고, 그 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 후 보험기간이 종료되더라도 그 항암방사선치료를 받은 날로부터 1년(다만, 「항암방사선치료후 5대합병증」 중 '폐렴' 또는 '뇌부종' 」 의 경우에는 90일)이내 「항암방사선치료후 5대합병증」 또는 「항암방사선치료후 4대합병증」 으로 진단확정된 경우에는, 보장 한도가 남아있는 경우에 한하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

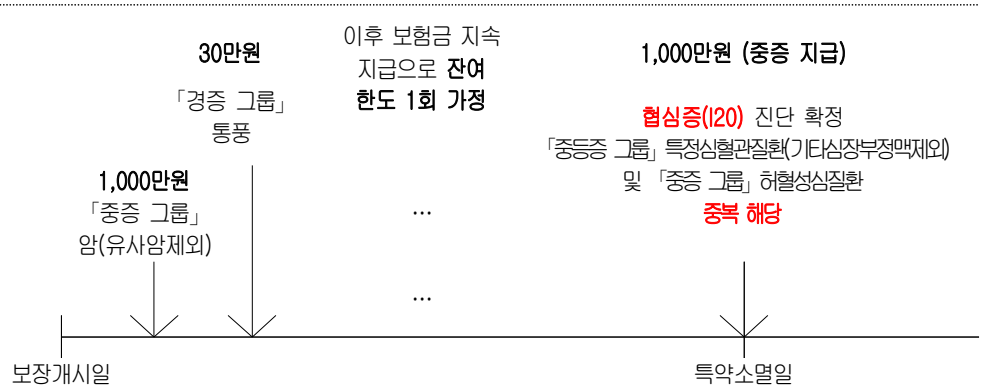
⑥ 「항암방사선치료후 4대합병증」 및 「항암방사선치료후 5대합병증」 보장의 경우, 피보험자가 제1항의 보장개시일 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 으로 진단확정되고, 그 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 2회 이상 받은 경우 각각의 항암방사선치료일을 항암방사선치료를 받은 날로 보고 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

⑦ 「중기이상 만성신부전증」 보장의 경우, 「만성 신장질환 분류표」 (【별표123】 참조)에 해당하는 질병 중에서 사구체 여과율(GFR) 수치가 30mL/min/1.73㎡ 미만인 경우가 발생한 상황에서 사구체 여과율(GFR) 수치가 3개월이상 동안 반복적인 검사결과 30mL/min/1.73㎡ 미만인 경우가 지속되던 중 보험기간이 만료되더라도 이 특별약관의 보험금을 지급합니다.

⑧ 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금이 9회 지급되어 잔여 보장한도가 1회인 상태에서, 10회차 보험금 지급사유에 해당하는 질병이 「경증 그룹」, 「중등증 그룹」 또는 「중증 그룹」 중 두 개 그룹 이상 동시에 해당하는 경우에는 지급금액이 큰 보험금을 지급하여 드립니다.

[제8항 관련 예시] - 고급형 기준 (계약일로부터 1년이후 발생시 가정)

보험금 지급전 한도	10회	9회		**1회**
보험금 지급후 한도	9회	8회		**0회 (특약소멸)**
이미 지급한 보험금 횟수	1회	2회	…	10회
지급보험금	1천만	30만		**1천만**



⑨ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보장한도(최대 10회)는 이 특별약관의 보험기간(갱신계약의 보험기간을 모두 포함합니다) 중에 발생한 보험금 지급사유에 따른 총 지급횟수를 기준으로 합니다.

⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(진단확정 순서에 따른 보험금 지급 기준)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 최대 10회의 보장한도 내 지급하는 보험금은 질병확정 순서에 따라 산정하여 지급합니다

② 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급한 경우, 보험계약자, 피보험자 또는 보험수익자(법정대리인 및 지정대리청구인을 포함합니다)는 해당 보험금의 지급을 임의로 취소하여 보장한도를 복원할 수 없습니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험계약자, 피보험자 또는 보험수익자(법정대리인 및 지정대리청구인을 포함합니다)가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급받은 후, 보험금 지급에 기준이 된 질병보다 진단확정일이 앞서는 질병이 있음을 확인한 경우에는 추가로 보험금을 청구할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 지급된 보험금 합계액과 추가로 청구한 보험금 합계액의 차액을 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 최대 10회의 보장한도 내에서 정산합니다.

④ 제3항의 추가 청구는 보통약관 제38조(소멸시효) 이내에 하여야 합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관][1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제9조(특별약관의 취소)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암(유사암제외)」,「통풍」또는「요로결석」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이전에 특별약관을 취소할 수 있으며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약일부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일의 전일 이전에「암(유사암제외)」,「통풍」또는「요로결석」이 발생하였으나 계약자가 특별약관의 취소를 선택하지 않은 때에는 보험계약일부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 「암(유사암제외)」,「통풍」또는「요로결석」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 해당 질병이 발생한 경우라도, 아래의 일부 진단비를 지급하지 않습니다.

보장개시일 전일 이전 발생 질병	(취소 미선택 시) 보장하지 않는 항목	
	그룹	미보장 진단명
「암(유사암제외)」	「경증 그룹」	「항암방사선치료후 4대합병증」진단
	「중등증 그룹」	「항암방사선치료후 5대합병증」진단
	「중증 그룹」	「암(유사암제외)」진단
「통풍」	「경증 그룹」	「통풍」진단
「요로결석」	「경증 그룹」	「요로결석」진단

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제11조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 열번보장받는 통합진단비III(기본형/고급형)(갱신형_20년)가 최대

한도(10회)까지 전부 지급된 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

제3장. 상해 및 질병관련 특별약관

1. 보험료납입면제대상보장(3대질병진단 및 상해질병후유장해80%이상) 특별약관

1-1. 보험료납입면제대상보장(3대질병진단 및 상해질병후유장해80%이상)(통합간편가입형) 특별약관
1-2. 보험료납입면제대상보장(3대질병진단 및 상해질병후유장해80%이상) 특별약관

1-1 및 1-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 최초 1회에 한하여 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌졸중」 또는「급성심근경색증」으로 진단확정되거나, 「암보장개시일」 이후에 「암」으로 진단확정된 경우
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해로 「장해 분류표」(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해상태가 되었을 경우
3. 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 「장해 분류표」(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해상태가 되었을 경우

구 분	지 급 금 액
보험료납입면제대상보장 (3대질병진단 및 상해질병후유장해80%이상)	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「암」, 「뇌졸중」 및 「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정)

① 「암」의 정의 및 진단확정

1. 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악

성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

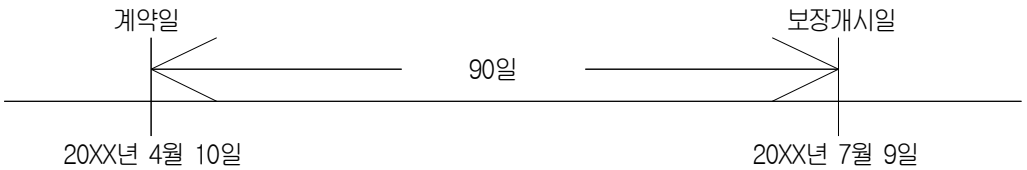
3. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
5. 제4호에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제4호에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

6. 「암」에 대한 보장개시일(이하 「암보장개시일」이라 합니다)은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

< 「암」의 보장개시일 >
(갱신형(최초계약)에 한함)



② 「뇌졸중」의 정의 및 진단확정

1. 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표17】 참조)에 해당하는 1. 거미막하출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착으로 분류되는 질병을 말합니다.
2. 제1호의 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
   가. 보험기간 중 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
   나. 부검감정서상 사인이 「뇌졸중」으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]
뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]
Single Photon Emission Computed Tomography. X선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

③「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정
1. 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표16】참조)에 해당하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병을 말합니다.
2. 제1호의 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
   가. 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
   나. 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제7조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 「장해 분류표」(【별표1】참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해 지급률을 적용하지 않습니다.

⑤ 같은 상해 또는 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해 또는 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해 지급률을 적용받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해 지급률에서 이미 적용된 후유장해 지급률을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 계약에서 후유장해 지급률 적용사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해 지급률이 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해 지급률이 적용된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해 지급률에서 이를 차감하여 적용합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제5조(특별약관의 취소)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제2조(「암」, 「뇌졸중」 및 「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정) 제1항 제5호에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암」, 「뇌졸중」 및 「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정)의 「암」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이전에 특별약관을 취소할 수 있으며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약일부터 제2조(「암」, 「뇌졸중」 및 「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정) 제1항 제5호에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」이 발생하였으나 계약자가 특별약관의 취소를 선택하지 않은 때에는 보험계약일부터 제2조(「암」, 「뇌졸중」 및 「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정) 제1항 제5호에서 정한 보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 「암」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 「암」이 발생한 경우라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제2조(「암」, 「뇌졸중」 및 「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정) 제1항 제5호에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유) 보험료납입면제대상보장(3대질병및후유장해80%이상) 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2. 깁스치료비 특별약관

2-1. 깁스치료비 특별약관

2-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 깁스치료비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 깁스(Cast)치료를 받은 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
깁스치료비	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「깁스(Cast)치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「깁스(Cast)치료」라 함은 병원 또는 의원의 의사 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「깁스(Cast)치료」가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 의미합니다. 단, 부목(Splint Cast)치료는 제외합니다.

② 제1항의 "부목(Splint Cast)치료"라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 상해 또는 질병으로 인하여 깁스치료를 2회 이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비를 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 를 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

3. 응급실내원비(응급) 특별약관

3-1. 응급실내원비(응급) 특별약관

3-1은 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 응급실내원비(응급) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 「응급환자」에 해당되어 「응급실」에 내원하여 진료를 받은 경우 매 내원시마다 아래의 금액을 지급(이 때, 응급실 도착 전 사망하였거나 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다)

구 분	지 급 금 액
응급실내원비(응급)	매 내원시마다 이 특별약관 보험가입금액

제2조(용어의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "응급실"이라 함은 「응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호」에서 정하는「응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관)」 또는 「응급의료에 관한 법률 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)」에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실, 종합병원에 설치된 응급실을 말합니다. 단, 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

② 이 특별약관에 있어서 "응급환자"라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)에서 정하는 자로서 「응급증상 및 이에 준하는 증상」(【별표25】 응급증상 및 이에 준하는 증상 참조) 또는 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자(응급의료에 관한 법률 제2조 제4호 참조)가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다.

③ 제2항에도 불구하고 응급실이 아닌 곳에서의 야간진료 또는 외래진료를 받은 자는 응급환자에 해당하지 않습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자의 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩

2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장Ⅱ(연간1회한) 특별약관

4-1. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장Ⅱ(연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관
4-2. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장Ⅱ(연간1회한) 특별약관
4-3. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장Ⅱ(연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관
4-4. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장Ⅱ(연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관
4-5. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장Ⅱ(연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관
4-6. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장Ⅱ(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관

4-1, 4-2는 비갱신형으로 운영하며,
4-3, 4-4, 4-5, 4-6은 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장Ⅱ(연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인해 보험기간 중 「중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상」으로 등록된 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장Ⅱ (연간1회한)	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 90일미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 10% (연간 1회한)
		계약일로부터 90일 이상 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)
	갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)

2. 위 제1호에도 불구하고 계약일로부터 1년 이내에 상해로 인해 「중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상」으로 등록된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 지급하여 드립니다.

제2조(「중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상」의 정의)

① 이 특별약관에서 「중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상」이라 함은「중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상 분류표」(【별표55】 참조)에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

본인일부부담금 산정특례 제도

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담)제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 본인부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 본인부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」개정으로 산정특례적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

중증질환자(뇌혈관) 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간

· 「중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상」에 해당하는 사람은 별도의 등록절차없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다.

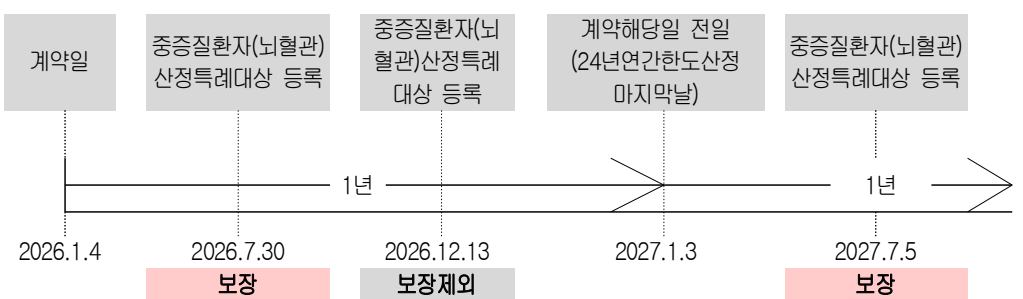
· 중증질환자(뇌혈관)의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다. 다만, 뇌혈관질환 산정특례 기간 동안 재수술시 재수술일로부터 최대30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장Ⅱ 보험금은 「중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상」에 해당되어 여러번 등록되더라도 연간 1회에 한하여 지급합니다.

② 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례등록을 위하여 최초로 등록한 연,월,일을 말합니다)로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

【 연간1회한 보상예시 】



③ 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 「중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상」등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장Ⅱ 보험금을 지급하지 않습니다

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(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 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당하는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 「중증질환자(뇌혈관) 산정특례」와 관련된 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경 할 수 있습니다.

1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 「중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상」 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알려 드립니다.

④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과 보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을)금액이 발생할 수 있으며, 이를 계약 체결시 계약자에게 안내합니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑦ 제2항 내지 제6항에도 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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제6조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

4-3. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장II(연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관, 4-4. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장II(연간1회한)(갱신형_20년), 4-5. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장II(연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관, 4-6. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장II(연간1회한)(갱신형_10년)의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제7조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
   산정특례 등록여부를 확인할수 있는 서류(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명 수가코드 등 기입), 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

5. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장Ⅱ(연간1회한) 특별약관

5-1. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장Ⅱ(연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관
5-2. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장Ⅱ(연간1회한) 특별약관
5-3. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장Ⅱ(연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관
5-4. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장Ⅱ(연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관
5-5. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장Ⅱ(연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관
5-6. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장Ⅱ(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관

5-1, 5-2은 비갱신형으로 운영하며,
5-3, 5-4, 5-5, 5-6은 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장Ⅱ(연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인해 보험기간 중 「중증질환자(심장) 산정특례대상」으로 등록된 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
중증질환자(심장) 산정특례대상보장Ⅱ (연간1회한)	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 90일미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 10% (연간 1회한)
		계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
		계약일로부터 90일 이상 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)
	갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)

2. 위 제1호에도 불구하고 계약일로부터 1년 이내에 상해로 인해 「중증질환자(심장) 산정특례대상」으로

등록된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 지급하여 드립니다.

제2조(「중증질환자(심장) 산정특례대상」의 정의)

① 이 특별약관에서 「중증질환자(심장) 산정특례대상」이라 함은「중증질환자(심장) 산정특례대상 분류표」(【별표56】 참조)에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

본인일부부담금 산정특례 제도

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담)제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 본인부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 본인부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」개정으로 산정특례적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

중증질환자(심장) 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간

· 「중증질환자(심장) 산정특례대상」에 해당하는 사람은 별도의 등록절차없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다.

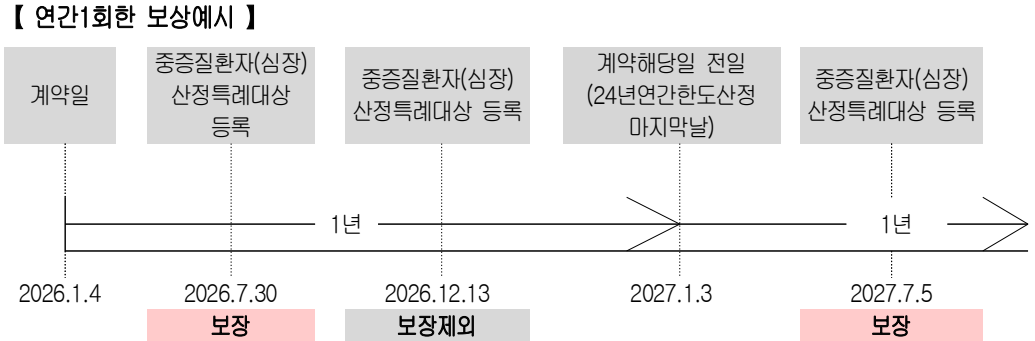
· 중증질환자(심장)의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일(단, 복잡 선천성 심기형질환자 또는 심장이식수술을 받은 경우 최대 60일)간 적용이 됩니다. 다만, 심장질환 산정특례 기간 동안 재수술시 재수술일로부터 최대30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 중증질환자(심장) 산정특례대상보장Ⅱ 보험금은 「중증질환자(심장) 산정특례대상」에 해당되어 여러번 등록되더라도 연간 1회에 한하여 지급합니다.

② 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

【 연간1회한 보상예시 】



③ 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 「중증질환자(심장) 산정특례대상」등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환자(심장) 산정특례대상보장Ⅱ 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담

합니다.

제4조(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 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당하는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 「중증질환자(심장) 산정특례」와 관련된 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경 할 수 있습니다.

1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 「중증질환자(심장) 산정특례대상」 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알려 드립니다.

④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과 보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을)금액이 발생할 수 있으며, 이를 계약 체결시 계약자에게 안내합니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑦ 제2항 내지 제6항에도 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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제6조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

5-3. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장Ⅱ(연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관, 5-4. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장Ⅱ(연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관, 5-5. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장Ⅱ(연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관, 5-6. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장Ⅱ(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제7조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서

산정특례 등록여부를 확인할수 있는 서류(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술

명 수가코드 등 기입), 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

6-1. 플래티넘 건강 리셋월렛(3대질병고액치료,간병및상급병실입원,상해사망)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관

6-1-1. 플래티넘 건강 리셋월렛(3대질병고액치료,간병및상급병실입원,상해사망)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관

6-1-1는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. **비급여(전액본인부담포함) 암수술비** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여 암수술」을 받은 경우 수술 1회당 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 암수술비	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	수술 1회당 500만원
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술 1회당 1,000만원
	갱신 계약	갱신일로부터	수술 1회당 1,000만원

2. **비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료비** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여 항암방사선치료」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료비	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	2,500만원(연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	5,000만원(연간 1회한)
	갱신 계약	갱신일로부터	5,000만원(연간 1회한)

3. **비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료비(1~3기암(병기구분불가암포함))** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제3조(「1~3기암(병기구분불가암포함)」 및 「4기암」등의 정의 및 진단확정)에서 정한 「1~3기암(병기구분불가암포함)」으로 진단이 확정되고, 「1~3기암(병기구분불가암포함)」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여 항암약물치료」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료비 [1~3기암 (병기구분불가암포함)]	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	2,500만원(연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	5,000만원(연간 1회한)
	갱신 계약	갱신일로부터	5,000만원(연간 1회한)

4. **비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료비(4기암)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제3조(「1~3기암(병기구분불가암포함)」 및 「4기암」등의 정의 및 진단확정)에서 정한「4기암」으로 진단이 확정되고,「4기암」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여 항암약물치료」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료비 [4기암]	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	5,000만원(연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	1억원(연간 1회한)
	갱신 계약	갱신일로부터	1억원(연간 1회한)

5. **비급여(전액본인부담포함) 2대질병수술비** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(「2대질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심질환」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여 2대질병수술」을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 2대질병수술비	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	수술 1회당 500만원
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술 1회당 1,000만원
	갱신 계약	갱신일로부터	수술 1회당 1,000만원

6. **상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 상급종합병원 1인실(특실포함)에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)	입원 1일당 30만원(30일한도)

7. **상급종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 상급종합병원 2~3인실에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
상급종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)	입원 1일당 5만원(30일한도)

8. **간병인사용 질병입원비(종합병원)(1일-150일)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 종합병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제9조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.
다만, 간병인사용 질병입원비(종합병원)(1일-150일)의 지급일수는 1회 입원당 150일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 기 준	지 급 금 액
간병인사용 질병입원비(종합병원) (1일-150일)	간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	사용일 1일당 7.5만원
	간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	사용일 1일당 15만원

※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.
※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

9. **간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-150일)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 요양병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제9조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.
다만, 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-150일)의 지급일수는 1회 입원당 150일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 금 액
간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-150일)	사용일 1일당 5만원(150일한도)

10. **간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-150일)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 병원(한방병원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제10조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.
다만, 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-150일)의 지급일수는 1회 입원당 150일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 금 액
간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-150일)	사용일 1일당 7만원(150일한도)

11. **일반상해사망 보험금** : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
일반상해사망 보험금	보험금 지급사유 발생시점「잔고」의 30%

※「잔고」 : 제11조(「보험가입금액」등의 정의) 제2항에서 정한「보험가입금액」에서, 동 조 제1항에서 정한「이미 지급한 보험금 합계액」을 차감한 금액

제11호 일반상해사망 보험금 지급 예시
- 「보험가입금액」= 10억원
- 「이미 지급한 보험금 합계액」= 4억원
- 제11호 일반상해사망 보험금 지급사유 발생시점 기준「잔고」 = (10억원 - 4억원) = 6억원
- **일반상해사망 보험금 = (6억원 × 30%) = 1.8억원**

제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.
1.「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「1~3기암(병기구분불가암포함)」 및 「4기암」등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「4기」라 함은 아래 각 호 중 하나이상에 해당하는 경우를 말합니다.
1. AJCC(American Joint Committee on Cancer) 제8판 TNM 병기분류상 Stage4에 해당하는 경우
2. FIGO(International Federation of Gynecology and Obstetrics) 분류상 “Stage4”에 해당하는 경우
3. Astler-Coller 분류상 “stage D”에 해당하는 경우
4. Jewett분류상 “stage D”에 해당하는 경우
5. 원발불명암(최초 부위를 알 수 없는 암)이 진단된 경우
6. 한국표준질병사인분류에 있어서 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)으로 진단되면서 원발부위(최초 발생한 부위)가 확인되지 않는 경우
7. 「병기구분 불가암 분류표」(【별표78】 참조)에 해당하는 암으로 진단 확정된 후 원격전이를 동반하여 재발하거나 원격전이 병변이 확인되는 경우
8. 상기 기준이외의 의학계에서 일반적으로 인정되는 병기분류방법으로 객관적인 병리학적 혹은 임상학적 의료기록 등에 근거하여 “TNM 병기 4기”에 준하는 단계라고 진단받은 경우

② 이 특별약관에서「4기암」이라 함은 「4기」에 해당되면서, “「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」”에 해당하는 경우를 말합니다.
③ 이 특별약관에서 「1~3기암(병기구분불가암포함)」이라 함은「4기암」에 해당하지 않으면서, “「암」, 「기타피부암」또는「갑상선암」”에 해당하는 경우를 말합니다.

[병기(암의 진행상태)]
병기란 암의 발견 당시의 진행 상태를 표현하는 말로 1기부터 4기로 분류되며, 암의 진행정도가 심해질수록 숫자가 올라갑니다.

[TNM병기]
임상적으로 각 장기에 발생하는 암을 T는 원발소(primary Tumor), N는 소속림프절(regional lymphNode), M는 원격전이(distant Metastasis)를 나타내는 머리문자를 가지고 표기하고 있습니다.

④ 제1항 내지 제2항에서 정한 「4기암」을 진단함에 있어서 임상학적 병기분류 및 조직학적 병기분류 등을 종합적으로 고려하여 「4기암」 여부를 판단합니다. 다만, 조직학적 병기분류가 불가능한 경우에는 임상학적 병기분류만으로 「4기암」 판단을 할 수 있습니다.
⑤ 제1항에서 AJCC(American Joint Committee on Cancer) 제8판 TNM 병기분류가 개정 등의 사유로 변경된 경우 변경된 TNM 병기분류에 따라 적용합니다.

제4조(「2대질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「2대질병」이라 함은「뇌혈관질환」및「허혈성심질환」을 말합니다.
② 제1항의「뇌혈관질환」이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표19】참조)에 해당하는 1. 거미막하 출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 8. 기타 뇌혈관 질환, 9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 10. 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
③ 제1항의 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.
④ 제1항의 「허혈성심질환」이라 함은 「허혈성심질환 분류표」(【별표18】참조)에 해당하는 허혈성심질환으로 분류되는 질병을 말합니다.
⑤ 제1항의 「허혈성심질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「허혈성심질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

용어설명
[전산화단층촬영(CT)]
Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]
Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]
뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[양전자 방출 단층술(PET)]
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제5조(「비급여 암수술」 등의 정의)

① 이 특별약관에서「비급여 암수술」이라 함은「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 제거하거나 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로「비급여(전액본인부담포함) 수술」을 받은 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서「비급여 항암방사선치료」라 함은「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 제거하거나「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로「비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료」를 받은 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관에서「비급여 항암약물치료」라 함은「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」을 제거하거나「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」의 직접적인 치료를 목적으로「비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료」를 받은 경우를 말합니다.

④ 이 특별약관에서「비급여 2대질병수술」이라 함은「2대질병」을 제거하거나「2대질병」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로「비급여(전액본인부담포함) 수술」을 받은 경우를 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 비급여라 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.

⑦ 제1항 및 제4항의「비급여(전액본인부담포함) 수술」은 제6조(「수술」의 정의와 장소)에서 정한 「수술」로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 대상 질병을 제거하거나 대상 질병의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제5항 및 제6항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑧ 제2항의「비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제5항 및 제6항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑨ 제3항의「비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제5항 및 제6항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르

몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

제6조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑤ 제1항 내지 제2항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제7조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것를 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

③ 제2항에서 정한「항암약물치료」는 「항암호르몬치료제」를 포함하지 않습니다.

④ 제3항의「항암호르몬치료제」라 함은 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.

용어의 정의

· 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제8조(「입원」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 아래 각 호에서 정한 기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 및 제7호 : 의료법 제3조의4(상급종합병원)에서 정한「상급종합병원」
2. 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 : 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한「종합병원」
3. 제1조(보험금의 지급사유) 제9호 : 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원
4. 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 : 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외)

② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 이 특별약관에서 「1인실」이라 함은 「특실」병실도 포함하며, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 병실만을 대상으로 합니다.

④ 이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

[의료법 제3조의3(종합병원)]

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100 병상 이상 300 병상 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. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 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.

제9조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제10조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)>

① 간호・간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 “간호・간병통합서비스 제공인력”이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호・간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호・간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 “간호・간병통합서비스 제공기관”이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조 제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호・간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호・간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호・간병통합서비스 제공기관은 간호・간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호・간병통합서비스의 제공・확대, 간호・간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

① 법 제4조의2 제1항에서 “보건복지부령으로 정하는 입원 환자”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사・치과의사 또는 한의사가 간호・간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 “보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준”이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제11조(「보험가입금액」 등의 정의)

① 이 특별약관에서「이미 지급한 보험금 합계액」이라 함은, 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제10호에 따라 지급한 보험금의 합계액을 말합니다.

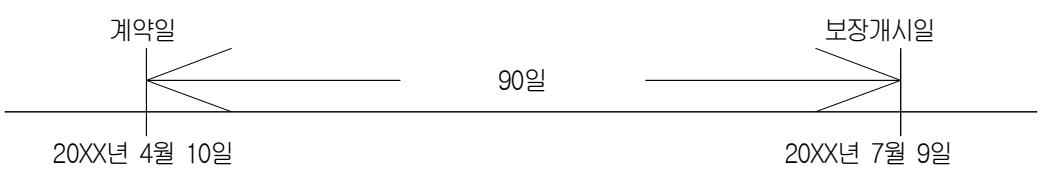
② 이 특별약관에서「보험가입금액」이라 함은 제1항에서 정한「이미 지급한 보험금 합계액」의 지급한도금액으로써 10억원으로 합니다.

③ 이 특별약관에서「잔고」라 함은 제2항에서 정한 「보험가입금액」에서 제1항의 「이미 지급한 보험금 합계액」을 차감한 금액을 말합니다.

제12조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.
1. 최초계약의 경우
   가. 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
   나. 제1조(보험금의 지급사유) 제5호 내지 제11호 : 보험계약일
2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

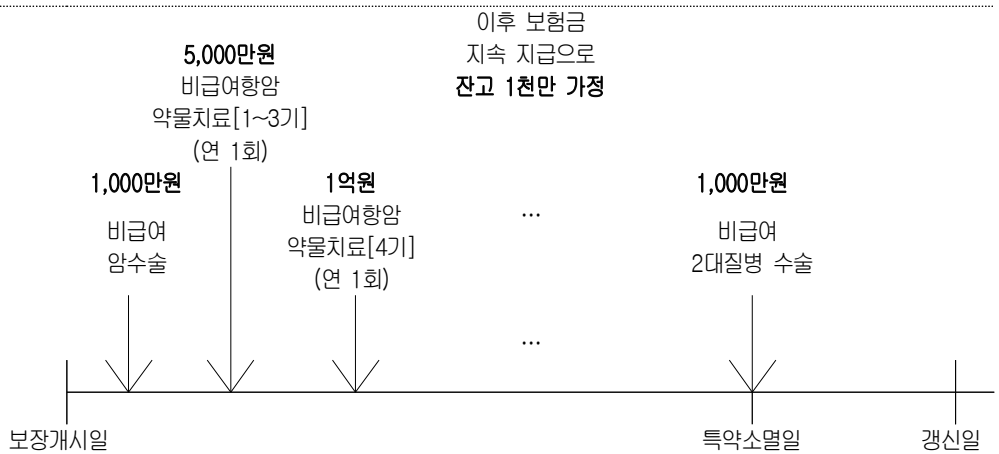
< 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호의 보장개시일 > (최초계약에 한함)



② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제10호의 경우,「이미 지급한 보험금 합계액」은「보험가입금액」을 초과할 수 없습니다.

[제2항 관련 예시]

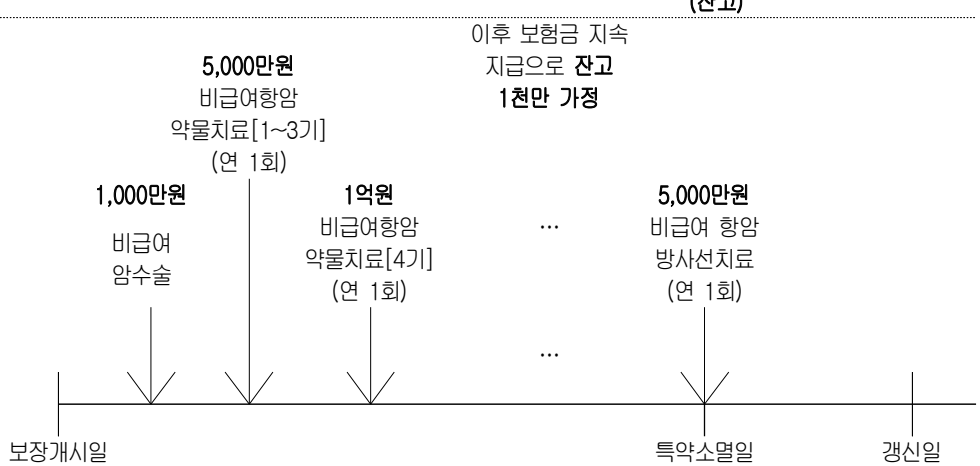
보험금 지급전 잔고	10억	9.9억	9.4억		1천만
보험금 지급후 잔고	9.9억	9.4억	8.4억		**0원 (특약소멸)**
이미 지급한 보험금 합계	1천만	6천만	1.6억	…	10억
지급보험금	1천만	5천만	1억		1천만



③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제10호에 따라 지급해야 할 보험금이 「잔고」보다 큰 경우 「잔고」전액을 보험금으로 지급하며, 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

[제3항 관련 예시]

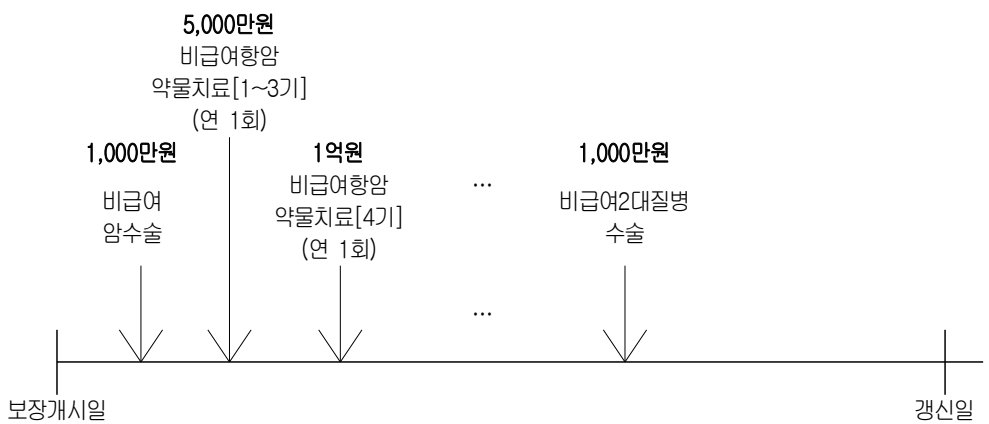
보험금 지급전 잔고	10억	9.9억	9.4억		**1천만**
보험금 지급후 잔고	9.9억	9.4억	8.4억		**0원 (특약소멸)**
이미 지급한 보험금 합계	1천만	6천만	1.6억	…	10억
지급보험금	1천만	5천만	1억		**1천만 (잔고)**



④ 제3항에도 불구하고 「잔고」가 남아있는 경우, 이 특별약관이 갱신될 때마다「보험가입금액」도 새롭게 10억원으로 재설정(리셋, reset)됩니다.

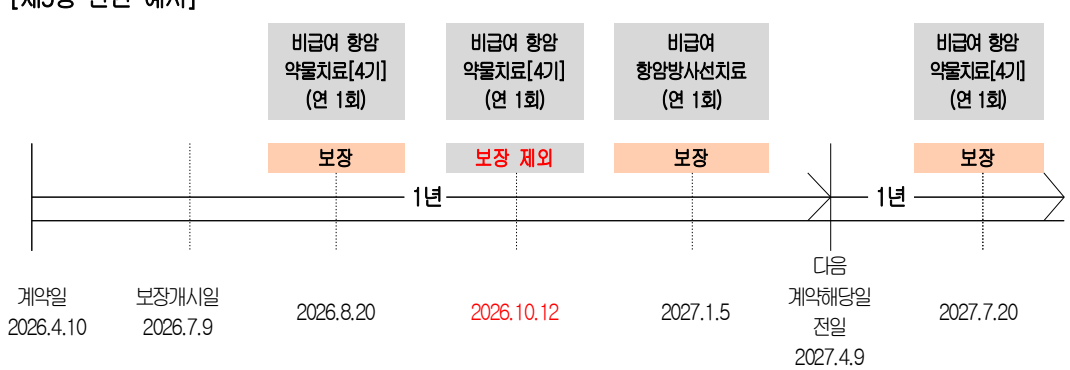
[제4항 관련 예시]

보험금 지급전 잔고	10억	9.9억	9.4억		8.4억		**10억 (리셋)**
보험금 지급후 잔고	9.9억	9.4억	8.4억		8.3억		-
이미 지급한 보험금 합계	1천만	6천만	1.6억	…	1.7억	보험기간 내 **잔고 존재**	**0원 (리셋)**
지급보험금	1천만	5천만	1억		1천만		-



⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제2호 내지 제4호 보장에서 정한 '연간 1회' 한도는 각 호 별로 적용됩니다.

[제5항 관련 예시]



⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호에서 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 이때, 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다.

<제1조(보험금의 지급사유) 제8호 계산 예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 202X년 4월 1일, 지급금액 : 15만원
· 입원기간 및 간병인 사용일 예시
  - 입원기간 : 202X년 4월 1일 ~ 202X년 4월 30일
  - 간병인 사용일 및 사용금액
    · 202X년 4월 10일 ~ 4월 17일 사용 : 총 사용일수 8일, 총사용금액 88만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당.
      → 15만원 × 8일 = 120만원 지급
    · 202X년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 사용
      : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당
      → 7.5만원 × 8일 = 60만원 지급
· 지급금액 : 간병인 사용일수 16일, 보험금 120만원 + 60만원 = 180만원 지급

⑦ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다. 이 경우 「상급종합병원 1인실」에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다. 이 경우 「상급종합병원 2~3인실」에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

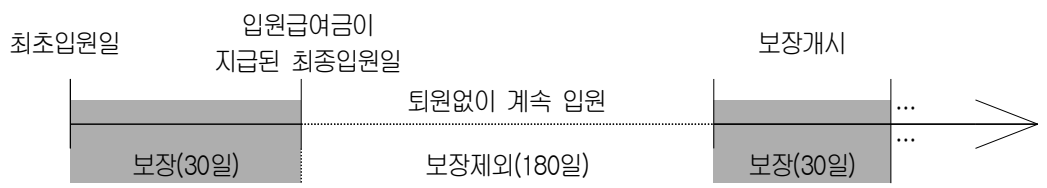
⑨ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 및 제9호의 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 더하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑩ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호의 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 더하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑪ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 내지 제10호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 해당 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

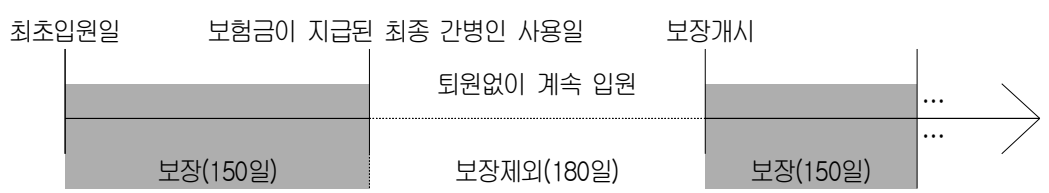
⑫ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 및 제7호가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 각 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<제12항 관련 예시>



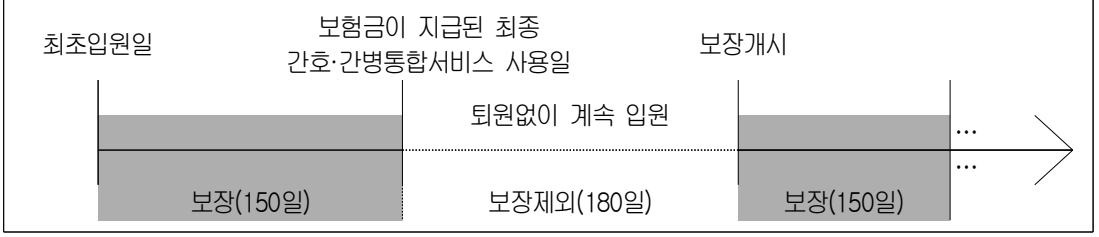
⑬ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 및 제9호가 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 각 보험금이 지급된 최종 간병인 사용일의 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<제13항 관련 예시>



⑭ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호가 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 각 보험금이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<제14항 관련 예시>



⑮ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 내지 제10호의 경우, 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 보험금을 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제12항 내지 제14항은 적용하지 않습니다.

⑯ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우, 피보험자가 「상급종합병원 1인실 이외의 병실」에 입원하여 치료받던 중 「상급종합병원 1인실」로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 보험금을 지급합니다.

⑰ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우, 피보험자가 「상급종합병원 2~3인실 이외의 병실」에 입원하여 치료받던 중 「상급종합병원 2~3인실」로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 보험금을 지급합니다.

⑱ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호의 경우, 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료받던 중 「종합병원」으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 보험금을 지급합니다.

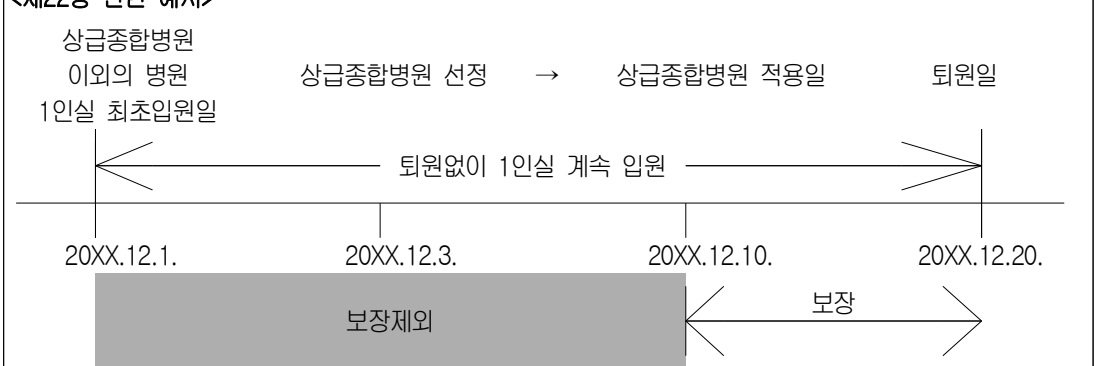
⑲ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우, 피보험자가 「상급종합병원 1인실」에 입원하여 치료를 받던 중 「상급종합병원 1인실 이외의 병실」로 이전하여 입원한 경우 해당 「상급종합병원 1인실」 퇴원일까지 보험금을 지급합니다.

⑳ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우, 피보험자가 「상급종합병원 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 「상급종합병원 2~3인실 이외의 병실」로 이전하여 입원한 경우 해당 「상급종합병원 2~3인실」 퇴원일까지 보험금을 지급합니다.

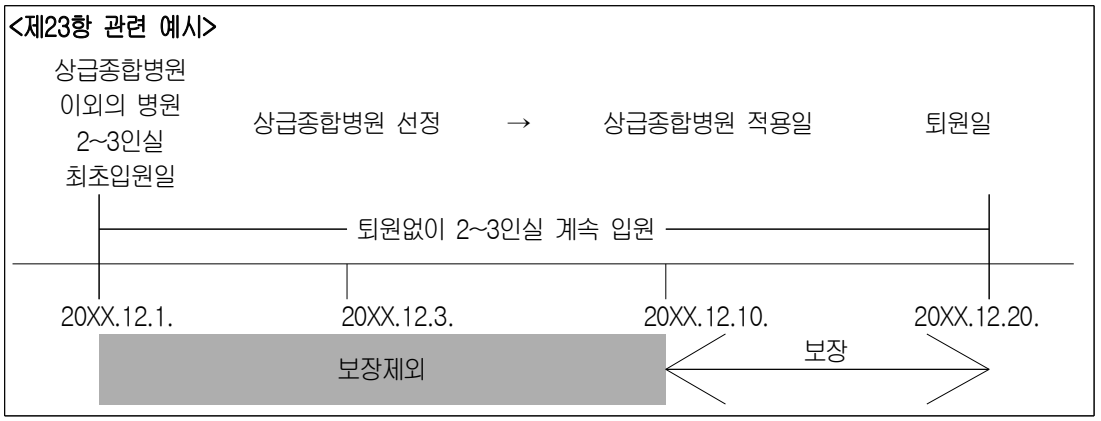
㉑ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호의 경우, 피보험자가 「종합병원」에 입원하여 치료를 받던 중 「종합병원 이외의 병원」으로 이전하여 입원한 경우 해당 「종합병원」 퇴원일까지 보험금을 지급합니다.

㉒ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우, 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원의 1인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 보험금을 지급합니다.

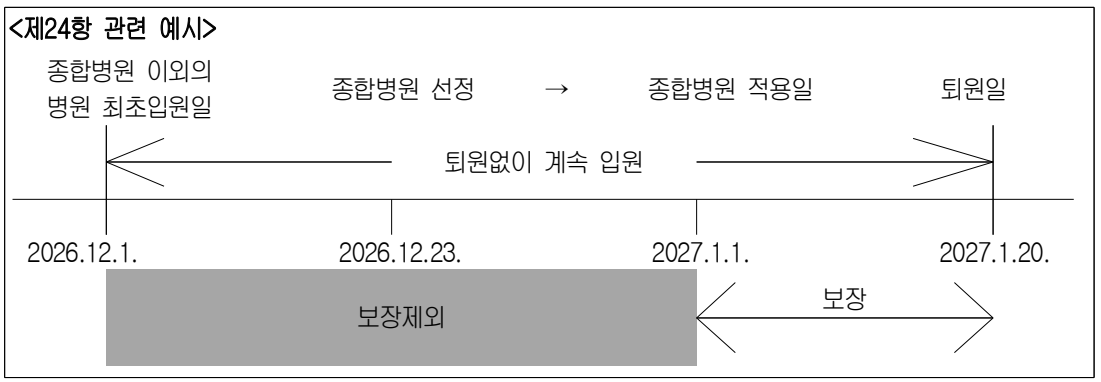
<제22항 관련 예시>



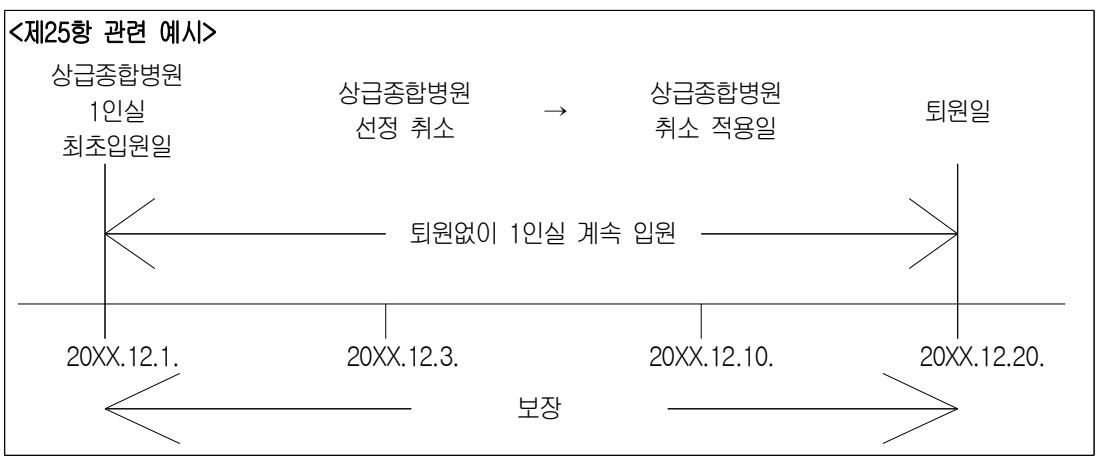
㉓ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우, 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원의 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 보험금을 지급합니다.



㉔ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호의 경우, 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 보험금을 지급합니다.

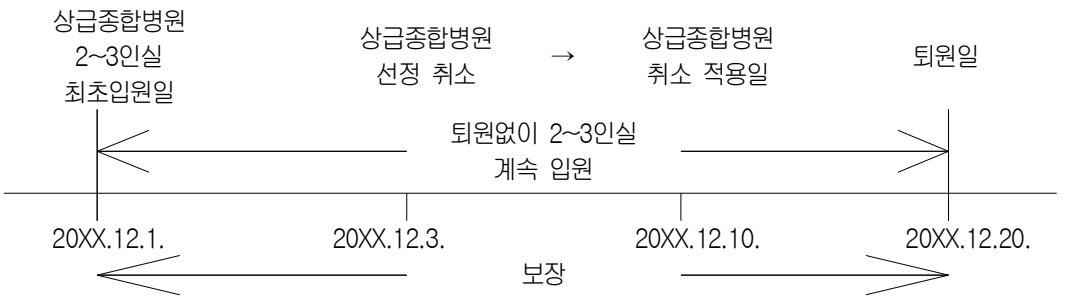


㉕ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우, 피보험자가 「상급종합병원 1인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하거나 최초로 1인실 이외의 병실로 변경하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 보험금을 지급합니다.



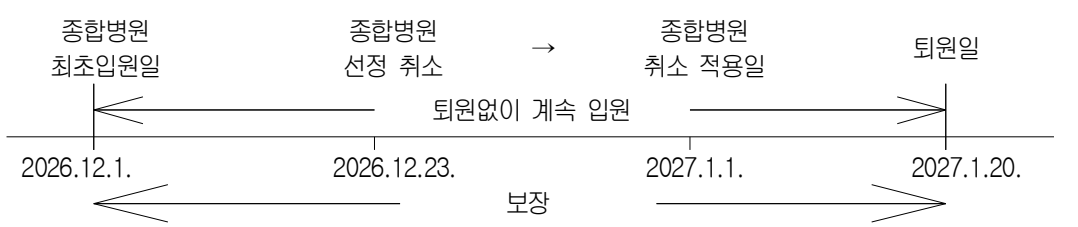
㉖ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우, 피보험자가 「상급종합병원 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하거나 최초로 2~3인실 이외의 병실로 변경하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 보험금을 지급합니다.

<제26항 관련 예시>



㉗ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호의 경우, 피보험자가 「종합병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 보험금을 지급합니다.

<제27항 관련 예시>



㉘ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

㉙ 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

㉚ 제1조(보험금의 지급사유) 제11호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

실종선고

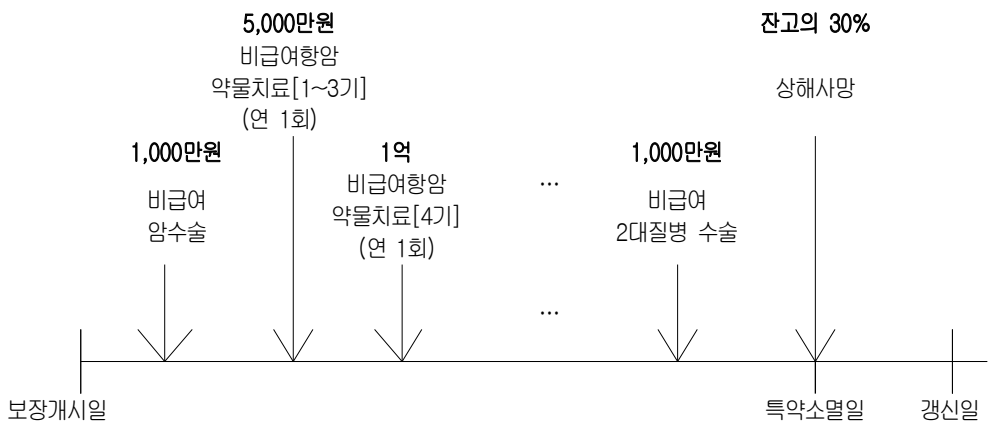
어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

㉛ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제11호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

㉜ 제1조(보험금의 지급사유) 제11호 '일반상해사망 보험금'은「보험가입금액」에서 지급사유 발생시점 기준의「이미 지급한 보험금 합계액」을 제한「잔고」의 30%에 해당하는 금액을 지급하여 드립니다.

[제32항 관련 예시]

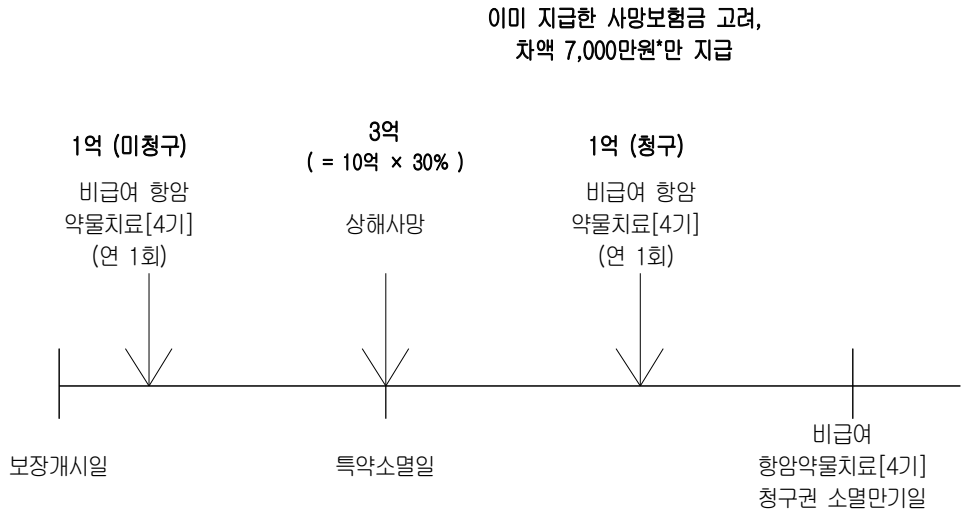
보험금 지급전 잔고	10억	9.9억	9.4억		8.4억	
보험금 지급후 잔고	9.9억	9.4억	8.4억		8.3억	**0원 (특약소멸)**
이미 지급한 보험금 합계	1천만	6천만	1.6억	…	1.7억	
지급보험금	1천만	5천만	1억		1천만	**8.3억×30% = 2.49억**



㉝ 제1조(보험금의 지급사유) 제11호 '일반상해사망 보험금'이 지급된 이후에, 동조 제1호 내지 제10호에 해당하는 보험금을 청구하는 경우, 이미 지급한 제11호의 보험금을 고려한 차액을 지급하여 드립니다.

[제33항 관련 예시]

보험금 지급전 잔고	10억	**10억**	-
보험금 지급후 잔고	10억	**0원 (특약소멸)**	-
이미 지급한 보험금 합계	-	3억	3.7억
지급보험금	-	**3억**	**7,000만원**



※ 상해사망 보험금 지급 이후 청구 건에 대한 지급금 산정

1. 비급여 항암약물치료[4기] 보험금 정상 지급 가정 시 내역
   (1) 비급여 항암약물치료[4기] 보험금 : 1억원
   (2) 상해사망 보험금 : (10억원 - 1억원) × 30% = 2.7억원
   → 합산 금액 : 3.7억원
2. 차액 산정
   (1) 이미 지급한 상해사망 보험금 : 3억원
   (2) 비급여 항암약물치료[4기] 보험금 지급 가능 금액
   → 상기 '합산 금액'에서 '이미 지급한 상해사망 보험금'을 제외한 7,000만원 지급

㉞ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제12조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자에게 다음에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 「선지급 보험금」을 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여 암수술」 또는 「비급여 항암방사선치료」을 받기 위해 치료일자 예약 후 제14조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다.

2. 이 특별약관의 보험기간 중에 「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」으로 진단 확정되고 「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여 항암약물치료」를 받기 위해 치료일자 예약 후 제14조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③ 「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

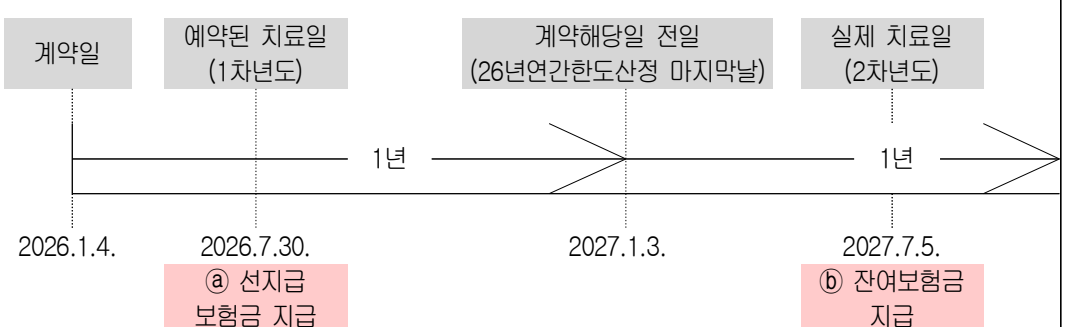
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제13조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시 】



ⓐ 선지급 보험금 : 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입
ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.
⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제13조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
② 제1조(보험금의 지급사유) 제11호 보장의 경우, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 및 제2항을 모두 따릅니다.
③ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 내지 제10호의 경우, 아래 각 호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에도 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 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 내지 제10호의 경우, 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대해서도 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환
⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 및 제9호의 경우, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제14조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 사망진단서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등
② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
③ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 내지 제9호 보장 관련하여, 제9조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자 등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 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.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장 관련하여, 제10조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제15조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제16조(특별약관의 취소)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일이전에 특별약관을 취소할 수 있으며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약일부터 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」이 발생하였으나 계약자가 특별약관의 취소를 선택하지 않은 때에는 보험계약일부터 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」이 발생한 경우라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제18조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의「잔고」가 없는 경우 또는 제1조(보험금의 지급사유) 제11호 '일반상해사망 보험금' 지급사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제19조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

6-2. 플래티넘 건강 리셋월렛(3대질병고액치료,간병및상급병실입원,상해사망)(갱신형_20년) 특별약관

6-2-1. 플래티넘 건강 리셋월렛(3대질병고액치료,간병및상급병실입원,상해사망)(갱신형_20년) 특별약관

6-2-1는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. **비급여(전액본인부담포함) 암수술비** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여 암수술」을 받은 경우 수술 1회당 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 암수술비	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	수술 1회당 500만원
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술 1회당 1,000만원
	갱신 계약	갱신일로부터	수술 1회당 1,000만원

2. **비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료비** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여 항암방사선치료」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료비	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	2,500만원(연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	5,000만원(연간 1회한)
	갱신 계약	갱신일로부터	5,000만원(연간 1회한)

3. **비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료비(1~3기암(병기구분불가암포함))** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제3조(「1~3기암(병기구분불가암포함)」 및 「4기암」등의 정의 및 진단확정)에서 정한 「1~3기암(병기구분불가암포함)」으로 진단이 확정되고, 「1~3기암(병기구분불가암포함)」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여 항암약물치료」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료비 [1~3기암 (병기구분불가암포함)]	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	2,500만원(연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	5,000만원(연간 1회한)
	갱신 계약	갱신일로부터	5,000만원(연간 1회한)

4. **비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료비(4기암)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제3조(「1~3기암(병기구분불가암포함)」 및 「4기암」등의 정의 및 진단확정)에서 정한「4기암」으로 진단이 확정되고,「4기암」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여 항암약물치료」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료비 [4기암]	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	5,000만원(연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	1억원(연간 1회한)
	갱신 계약	갱신일로부터	1억원(연간 1회한)

5. **비급여(전액본인부담포함) 2대질병수술비** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(「2대질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심질환」으로 진단확정되고 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심질환」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여 2대질병수술」을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 2대질병수술비	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	수술 1회당 500만원
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술 1회당 1,000만원
	갱신 계약	갱신일로부터	수술 1회당 1,000만원

6. **상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 상급종합병원 1인실(특실포함)에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)	입원 1일당 30만원(30일한도)

7. **상급종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 상급종합병원 2~3인실에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
상급종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)	입원 1일당 5만원(30일한도)

8. **간병인사용 질병입원비(종합병원)(1일-150일)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 종합병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제9조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.
다만, 간병인사용 질병입원비(종합병원)(1일-150일)의 지급일수는 1회 입원당 150일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 기 준	지 급 금 액
간병인사용 질병입원비(종합병원) (1일-150일)	간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	사용일 1일당 7.5만원
	간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	사용일 1일당 15만원

※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.
※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

9. **간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-150일)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 요양병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제9조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.

다만, 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-150일)의 지급일수는 1회 입원당 150일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 금 액
간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-150일)	사용일 1일당 5만원(150일한도)

10. **간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-150일)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원(한방병원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제10조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.
다만, 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-150일)의 지급일수는 1회 입원당 150일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 금 액
간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-150일)	사용일 1일당 7만원(150일한도)

11. **일반상해사망 보험금** : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
일반상해사망 보험금	보험금 지급사유 발생시점「잔고」의 30%

※「잔고」 : 제11조(「보험가입금액」등의 정의) 제2항에서 정한「보험가입금액」에서, 동 조 제1항에서 정한「이미 지급한 보험금 합계액」을 차감한 금액

제11호 일반상해사망 보험금 지급 예시
- 「보험가입금액」 = 10억원
- 「이미 지급한 보험금 합계액」 = 4억원
- 제11호 일반상해사망 보험금 지급사유 발생시점 기준「잔고」 = (10억원 - 4억원) = 6억원
- **일반상해사망 보험금 = (6억원 × 30%) = 1.8억원**

제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「1~3기암(병기구분불가암포함)」 및 「4기암」등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「4기」라 함은 아래 각 호 중 하나이상에 해당하는 경우를 말합니다.
1. AJCC(American Joint Committee on Cancer) 제8판 TNM 병기분류상 Stage4에 해당하는 경우
2. FIGO(International Federation of Gynecology and Obstetrics) 분류상 “Stage4”에 해당하는 경우
3. Astler-Coller 분류상 “stage D”에 해당하는 경우
4. Jewett분류상 “stage D”에 해당하는 경우
5. 원발불명암(최초 부위를 알 수 없는 암)이 진단된 경우
6. 한국표준질병사인분류에 있어서 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)으로 진단되면서 원발부위(최초 발생한 부위)가 확인되지 않는 경우
7. 「병기구분 불가암 분류표」(【별표78】 참조)에 해당하는 암으로 진단 확정된 후 원격전이를 동반하여 재발하거나 원격전이 병변이 확인되는 경우
8. 상기 기준이외의 의학계에서 일반적으로 인정되는 병기분류방법으로 객관적인 병리학적 혹은 임상학적 의료기록 등에 근거하여 “TNM 병기 4기”에 준하는 단계라고 진단받은 경우

② 이 특별약관에서 「4기암」이라 함은 「4기」에 해당되면서, “「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」”에 해당하는 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「1~3기암(병기구분불가암포함)」이라 함은 「4기암」에 해당하지 않으면서, “「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」”에 해당하는 경우를 말합니다.

[병기(암의 진행상태)]
병기란 암의 발견 당시의 진행 상태를 표현하는 말로 1기부터 4기로 분류되며, 암의 진행정도가 심해질수록 숫자가 올라갑니다.

[TNM병기]
임상적으로 각 장기에 발생하는 암을 T는 원발소(primary Tumor), N는 소속림프절(regional lymphNode), M는 원격전이(distant Metastasis)를 나타내는 머리문자를 가지고 표기하고 있습니다.

④ 제1항 내지 제2항에서 정한 「4기암」을 진단함에 있어서 임상학적 병기분류 및 조직학적 병기분류 등을 종합적으로 고려하여 「4기암」 여부를 판단합니다. 다만, 조직학적 병기분류가 불가능한 경우에는 임상학적 병기분류만으로 「4기암」 판단을 할 수 있습니다.

⑤ 제1항에서 AJCC(American Joint Committee on Cancer) 제8판 TNM 병기분류가 개정 등의 사유로 변경된 경우 변경된 TNM 병기분류에 따라 적용합니다.

제4조(「2대질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「2대질병」이라 함은「뇌혈관질환」및「허혈성심질환」을 말합니다.

② 제1항의「뇌혈관질환」이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표19】참조)에 해당하는 1. 거미막하 출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 8. 기타 뇌혈관 질환, 9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 10. 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 제1항의 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

④ 제1항의 「허혈성심질환」이라 함은 「허혈성심질환 분류표」(【별표18】참조)에 해당하는 허혈성심질환으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 제1항의 「허혈성심질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「허혈성심질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[양전자 방출 단층술(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제5조(「비급여 암수술」 등의 정의)

① 이 특별약관에서「비급여 암수술」이라 함은「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 제거하거나 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로「비급여(전액본인부담포함) 수술」을 받은 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서「비급여 항암방사선치료」라 함은「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 제거하거나「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로「비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료」를 받은 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관에서「비급여 항암약물치료」라 함은「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」을 제거하거나「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」의 직접적인 치료를 목적으로「비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료」를 받은 경우를 말합니다.

④ 이 특별약관에서「비급여 2대질병수술」이라 함은「2대질병」을 제거하거나「2대질병」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로「비급여(전액본인부담포함) 수술」을 받은 경우를 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 비급여라 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.

⑦ 제1항 및 제4항의「비급여(전액본인부담포함) 수술」은 제6조(「수술」의 정의와 장소)에서 정한 「수술」로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 대상 질병을 제거하거나 대상 질병의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제5항 및 제6항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑧ 제2항의「비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제5항 및 제6항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.
⑨ 제3항의「비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제5항 및 제6항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

제6조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.
③ 제1항의 「수술」은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
④ 제1항의 「수술」에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술
⑤ 제1항 내지 제2항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제7조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것를 말합니다.
② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것를 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.
③ 제2항에서 정한「항암약물치료」는 「항암호르몬치료제」를 포함하지 않습니다.
④ 제3항의「항암호르몬치료제」라 함은 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.

용어의 정의

· 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제8조(「입원」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 아래 각 호에서 정한 기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 및 제7호 : 의료법 제3조의4(상급종합병원)에서 정한「상급종합병원」
2. 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 : 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한「종합병원」
3. 제1조(보험금의 지급사유) 제9호 : 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원
4. 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 : 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외)

② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 이 특별약관에서 「1인실」이라 함은 「특실」병실도 포함하며, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 병실만을 대상으로 합니다.

④ 이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

[의료법 제3조의3(종합병원)]

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100 병상 이상 300 병상 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. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 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.

제9조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제10조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)>

① 간호・간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호・간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호・간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호・간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호・간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④「공공보건의료에 관한 법률」 제2조 제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호・간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호・간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호・간병통합서비스 제공기관은 간호・간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호・간병통합서비스의 제공・확대, 간호・간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사・치과의사 또는 한의사가 간호・간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제11조(「보험가입금액」 등의 정의)

① 이 특별약관에서「이미 지급한 보험금 합계액」이라 함은, 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제10호에 따라 지급한 보험금의 합계액을 말합니다.

② 이 특별약관에서「보험가입금액」이라 함은 제1항에서 정한「이미 지급한 보험금 합계액」의 지급한도금액으로써 10억원으로 합니다.

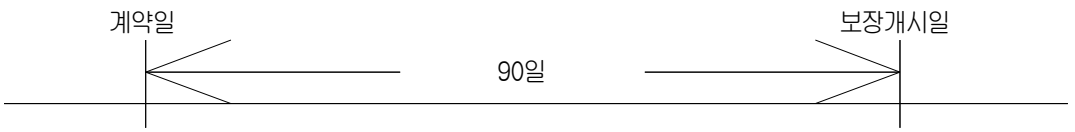
③ 이 특별약관에서「잔고」라 함은 제2항에서 정한 「보험가입금액」에서 제1항의 「이미 지급한 보험금 합계액」을 차감한 금액을 말합니다.

제12조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 최초계약의 경우
   가. 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
   나. 제1조(보험금의 지급사유) 제5호 내지 제11호 : 보험계약일
2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

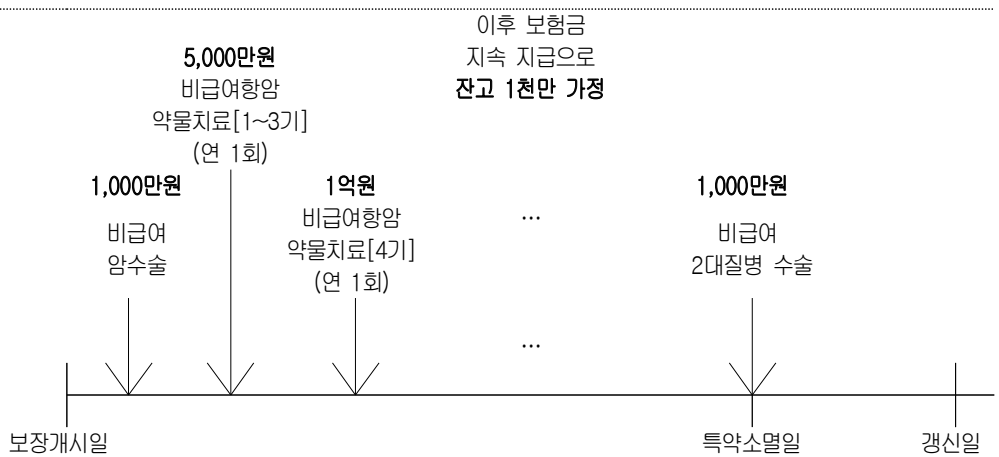
< 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호의 보장개시일 > (최초계약에 한함)



② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제10호의 경우, 「이미 지급한 보험금 합계액」은 「보험가입금액」을 초과할 수 없습니다.

[제2항 관련 예시]

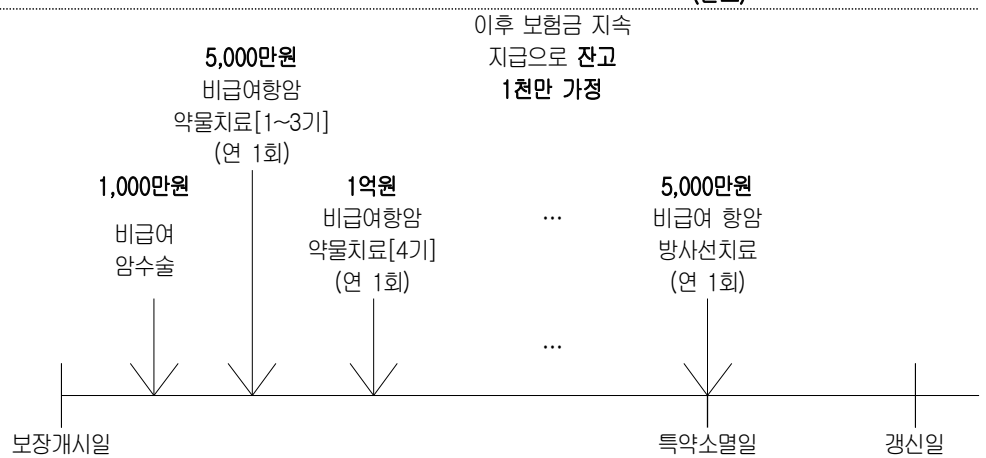
보험금 지급전 잔고	10억	9.9억	9.4억		1천만
보험금 지급후 잔고	9.9억	9.4억	8.4억		**0원 (특약소멸)**
이미 지급한 보험금 합계	1천만	6천만	1.6억	…	10억
지급보험금	1천만	5천만	1억		1천만



③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제10호에 따라 지급해야 할 보험금이 「잔고」보다 큰 경우 「잔고」전액을 보험금으로 지급하며, 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

[제3항 관련 예시]

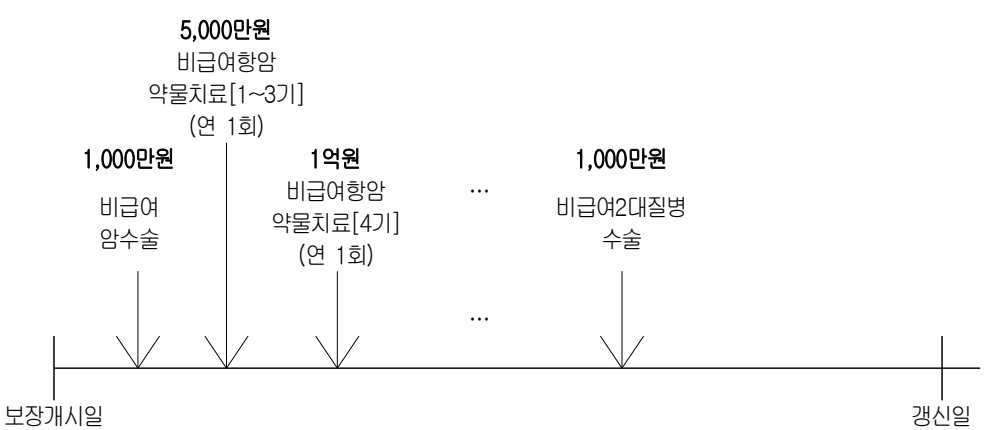
보험금 지급전 잔고	10억	9.9억	9.4억		**1천만**
보험금 지급후 잔고	9.9억	9.4억	8.4억		**0원 (특약소멸)**
이미 지급한 보험금 합계	1천만	6천만	1.6억	…	10억
지급보험금	1천만	5천만	1억		**1천만 (잔고)**



④ 제3항에도 불구하고 「잔고」가 남아있는 경우, 이 특별약관이 갱신될 때마다「보험가입금액」도 새롭게 10억원으로 재설정(리셋, reset)됩니다.

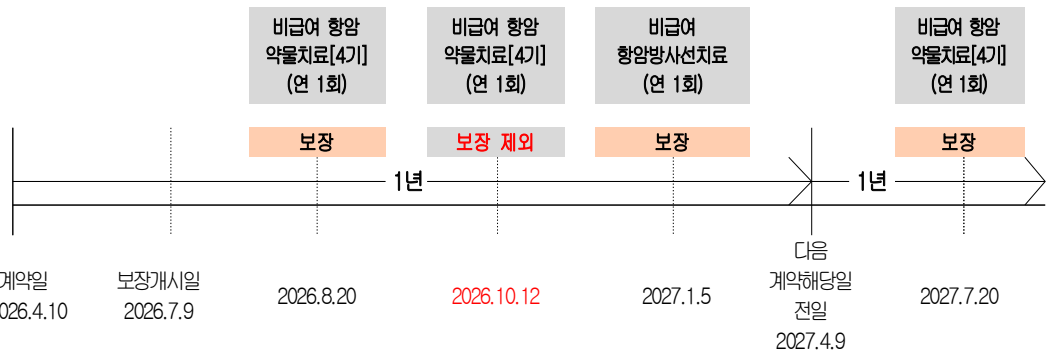
[제4항 관련 예시]

보험금 지급전 잔고	10억	9.9억	9.4억		8.4억		**10억 (리셋)**
보험금 지급후 잔고	9.9억	9.4억	8.4억		8.3억		-
이미 지급한 보험금 합계	1천만	6천만	1.6억	…	1.7억	보험기간 내 **잔고 존재**	**0원 (리셋)**
지급보험금	1천만	5천만	1억		1천만		-



⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제2호 내지 제4호 보장에서 정한 '연간 1회' 한도는 각 호 별로 적용됩니다.

[제5항 관련 예시]



⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호에서 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 이때, 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다.

<제1조(보험금의 지급사유) 제8호 계산 예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 202X년 4월 1일, 지급금액 : 15만원
· 입원기간 및 간병인 사용일 예시
  - 입원기간 : 202X년 4월 1일 ~ 202X년 4월 30일
  - 간병인 사용일 및 사용금액
    · 202X년 4월 10일 ~ 4월 17일 사용 : 총 사용일수 8일, 총사용금액 88만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당.
      → 15만원 × 8일 = 120만원 지급
    · 202X년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 사용
      : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당
      → 7.5만원 × 8일 = 60만원 지급
· 지급금액 : 간병인 사용일수 16일, 보험금 120만원 + 60만원 = 180만원 지급

⑦ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다. 이 경우 「상급종합병원 1인실」에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다. 이 경우 「상급종합병원 2~3인실」에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

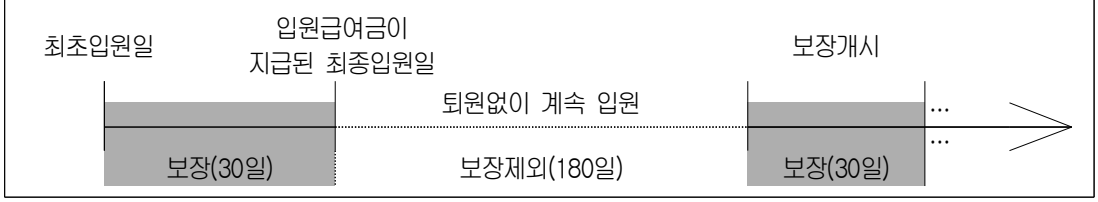
⑨ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 및 제9호의 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 더하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑩ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호의 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 더하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑪ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 내지 제10호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 해당 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

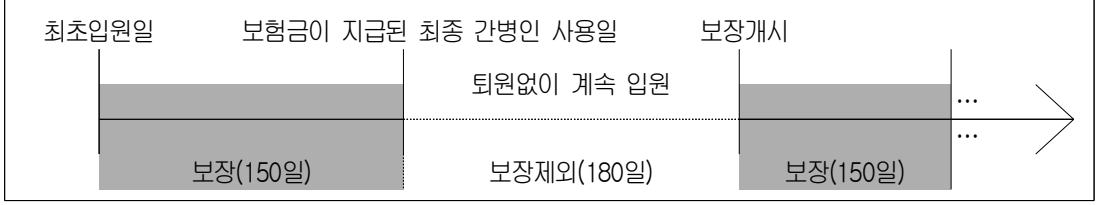
⑫ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 및 제7호가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 각 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<제12항 관련 예시>



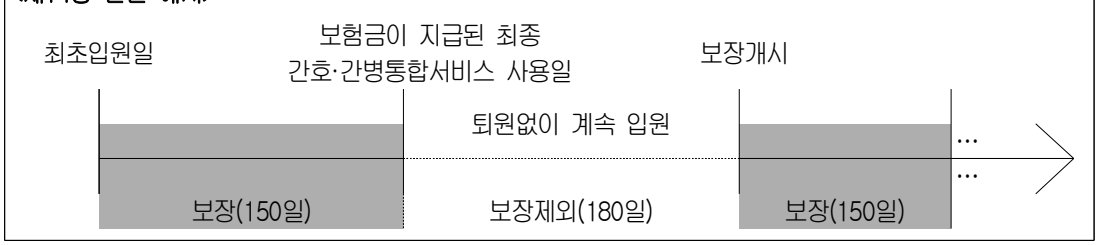
⑬ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 및 제9호가 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 각 보험금이 지급된 최종 간병인 사용일의 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<제13항 관련 예시>



⑭ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호가 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 각 보험금이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<제14항 관련 예시>



⑮ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 내지 제10호의 경우, 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 보험금을 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제12항 내지 제14항은 적용하지 않습니다.

⑯ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우, 피보험자가 「상급종합병원 1인실 이외의 병실」에 입원하여 치료받던 중 「상급종합병원 1인실」로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 보험금을 지급합니다.

⑰ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우, 피보험자가 「상급종합병원 2~3인실 이외의 병실」에 입원하여 치료받던 중 「상급종합병원 2~3인실」로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 보험금을 지급합니다.

⑱ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호의 경우, 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료받던 중 「종합병원」으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 보험금을 지급합니다.

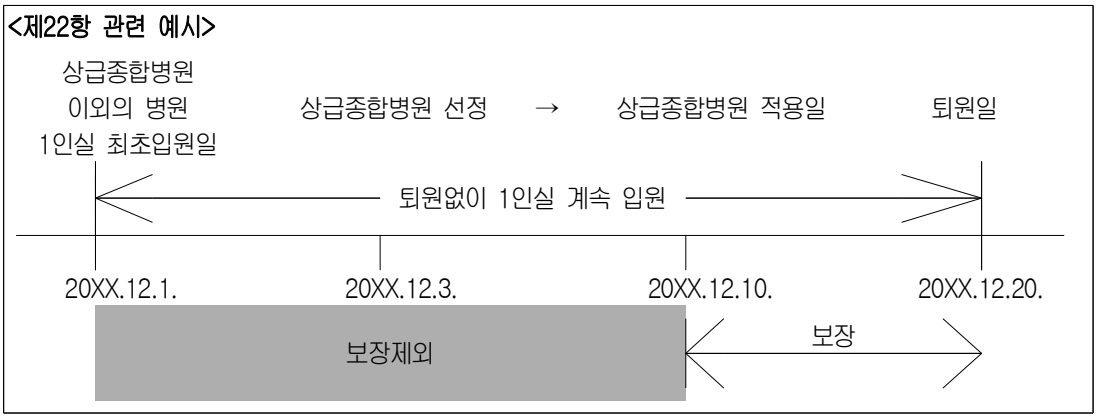
⑲ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우, 피보험자가 「상급종합병원 1인실」에 입원하여 치료를 받던 중 「상급종합병원 1인실 이외의 병실」로 이전하여 입원한 경우 해당 「상급종합병원 1인실」 퇴원일까지 보험금을 지급합니다.

⑳ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우, 피보험자가 「상급종합병원 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 「상급종합병원 2~3인실 이외의 병실」로 이전하여 입원한 경우 해당 「상급종합병원 2~3인실」 퇴원일까지 보험금을 지급합니다.

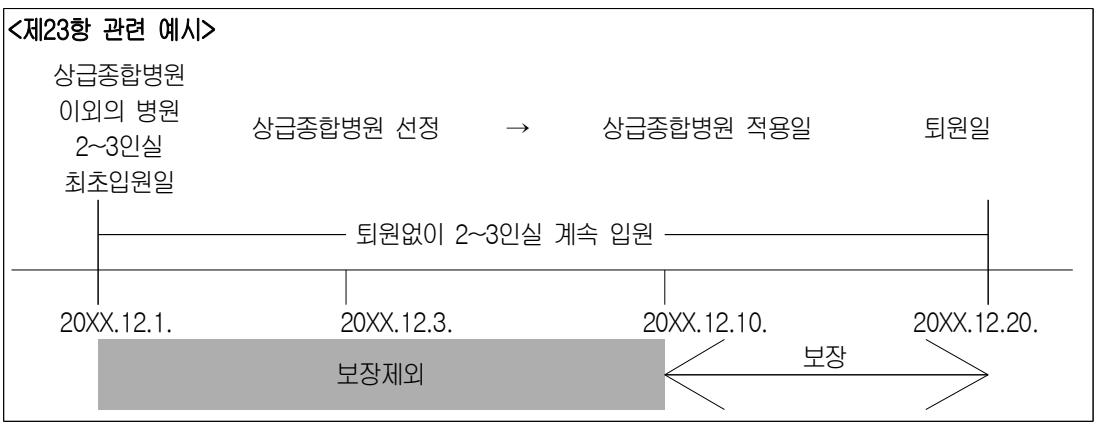
㉑ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호의 경우, 피보험자가 「종합병원」에 입원하여 치료를 받던 중 「종합병원 이외의 병원」으로 이전하여 입원한 경우 해당 「종합병원」 퇴원일까지 보험금을 지급합니다.

㉒ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우, 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원의 1인실」에 입원하여

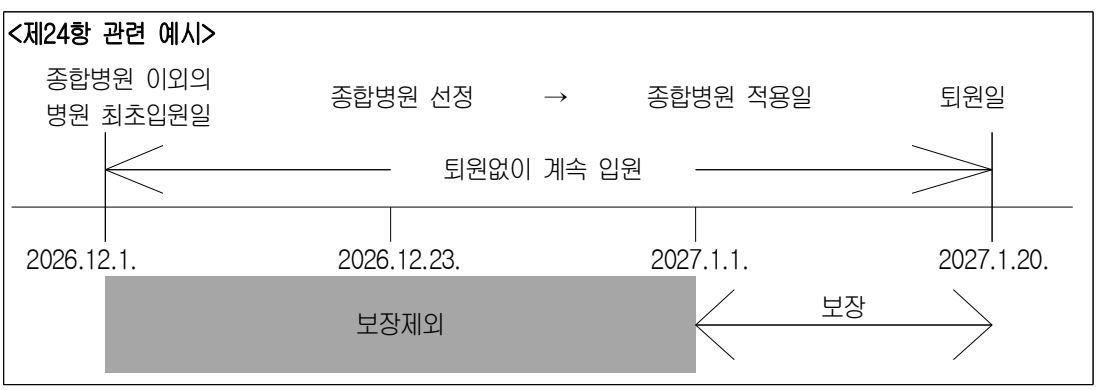
치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 보험금을 지급합니다.



㉓ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우, 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원의 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 보험금을 지급합니다.

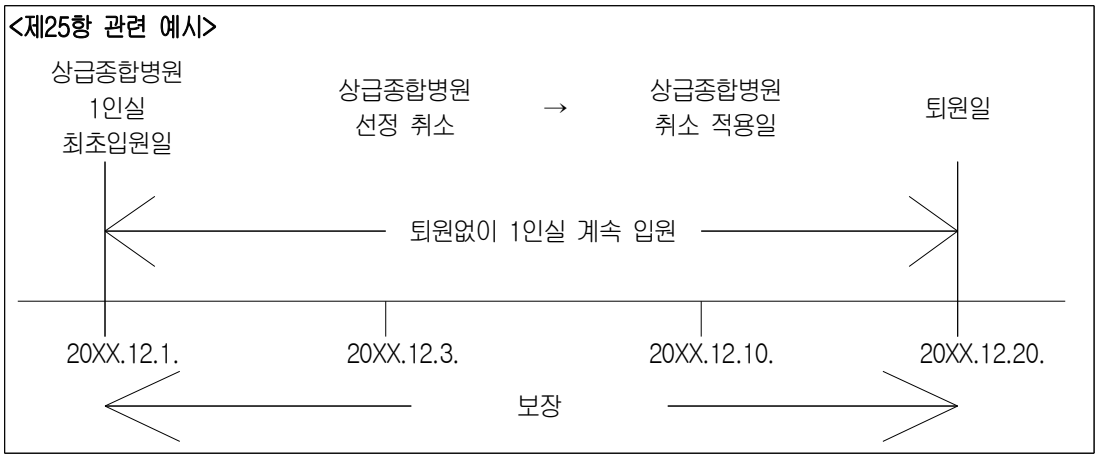


㉔ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호의 경우, 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 보험금을 지급합니다.



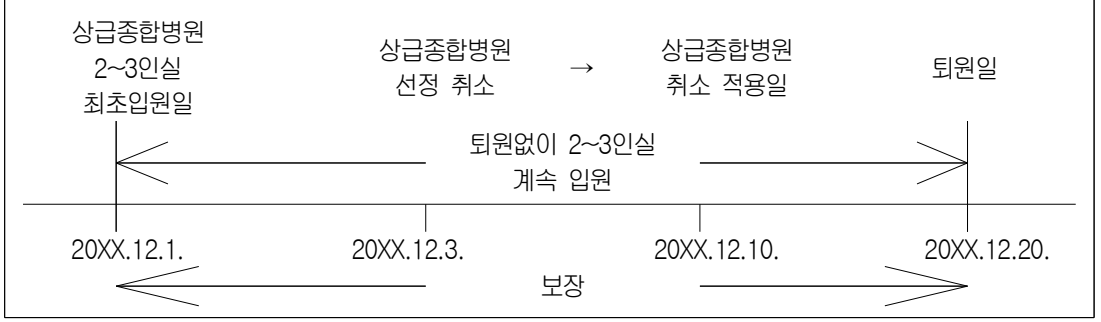
㉕ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우, 피보험자가 「상급종합병원 1인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하거나 최초로 1인실 이외의 병실로 변경하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 보험금을 지급합니다.

<제25항 관련 예시>



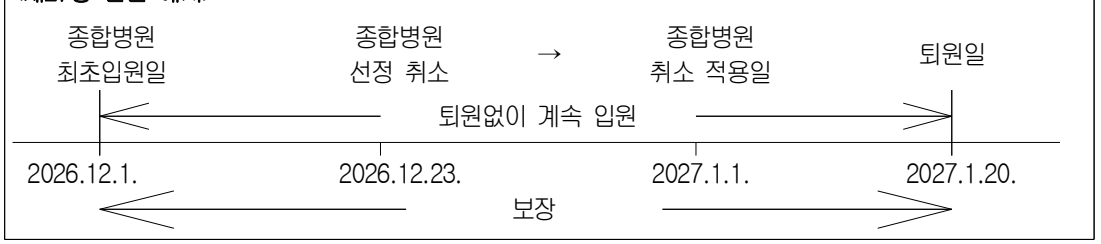
㉖ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우, 피보험자가 「상급종합병원 2~3인실」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하거나 최초로 2~3인실 이외의 병실로 변경하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 보험금을 지급합니다.

<제26항 관련 예시>



㉗ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호의 경우, 피보험자가 「종합병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 보험금을 지급합니다.

<제27항 관련 예시>



㉘ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

㉙ 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

㉚ 제1조(보험금의 지급사유) 제11호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

실종선고

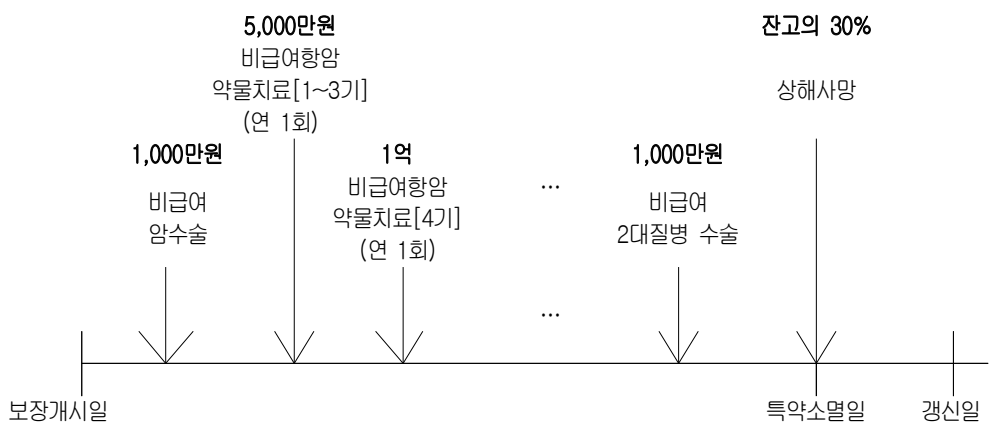
어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

㉛ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제11호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

㉜ 제1조(보험금의 지급사유) 제11호 '일반상해사망 보험금'은 「보험가입금액」에서 지급사유 발생시점 기준의 「이미 지급한 보험금 합계액」을 제한 「잔고」의 30%에 해당하는 금액을 지급하여 드립니다.

[제32항 관련 예시]

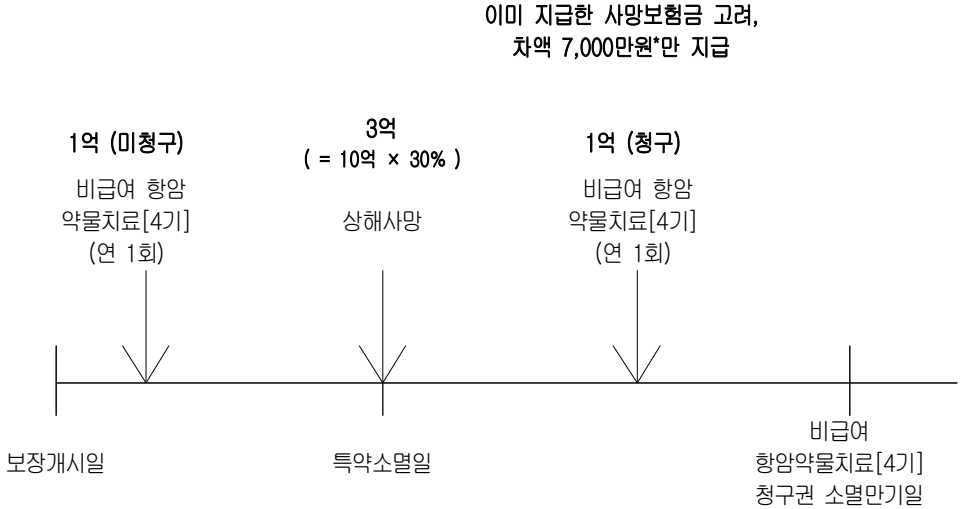
보험금 지급전 잔고	10억	9.9억	9.4억		8.4억	
보험금 지급후 잔고	9.9억	9.4억	8.4억		8.3억	**0원 (특약소멸)**
이미 지급한 보험금 합계	1천만	6천만	1.6억	…	1.7억	
지급보험금	1천만	5천만	1억		1천만	**8.3억×30% = 2.49억**



㉝ 제1조(보험금의 지급사유) 제11호 '일반상해사망 보험금'이 지급된 이후에, 동조 제1호 내지 제10호에 해당하는 보험금을 청구하는 경우, 이미 지급한 제11호의 보험금을 고려한 차액을 지급하여 드립니다.

[제33항 관련 예시]

보험금 지급전 잔고	10억	**10억**	-
보험금 지급후 잔고	10억	**0원 (특약소멸)**	-
이미 지급한 보험금 합계	-	3억	3.7억
지급보험금	-	**3억**	**7,000만원**



※ 상해사망 보험금 지급 이후 청구 건에 대한 지급금 산정

1. 비급여 항암약물치료[4기] 보험금 정상 지급 가정 시 내역
   (1) 비급여 항암약물치료[4기] 보험금 : 1억원
   (2) 상해사망 보험금 : (10억원 - 1억원) × 30% = 2.7억원
   → 합산 금액 : 3.7억원
2. 차액 산정
   (1) 이미 지급한 상해사망 보험금 : 3억원
   (2) 비급여 항암약물치료[4기] 보험금 지급 가능 금액
   → 상기 '합산 금액'에서 '이미 지급한 상해사망 보험금'을 제외한 7,000만원 지급

㉞ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제12조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자에게 다음에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 「선지급 보험금」을 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여 암수술」 또는 「비급여 항암방사선치료」을 받기 위해 치료일자 예약 후 제14조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다.

2. 이 특별약관의 보험기간 중에 「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」으로 진단 확정되고 「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여 항암약물치료」를 받기 위해 치료일자 예약 후 제14조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③ 「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

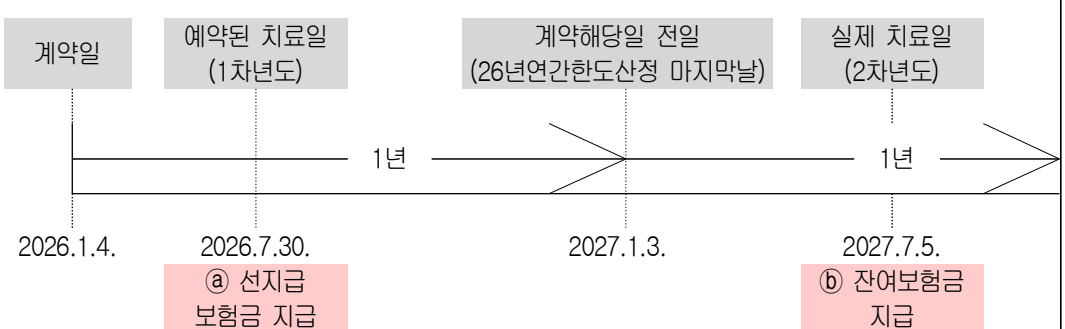
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제13조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시 】



ⓐ 선지급 보험금 : 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입
ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.
⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제13조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
② 제1조(보험금의 지급사유) 제11호 보장의 경우, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 및 제2항을 모두 따릅니다.
③ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 내지 제10호의 경우, 아래 각 호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에도 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 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 내지 제10호의 경우, 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대해서도 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환
⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 및 제9호의 경우, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제14조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 사망진단서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등
② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
③ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 내지 제9호 보장 관련하여, 제9조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 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.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장 관련하여, 제10조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제15조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제16조(특별약관의 취소)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일이전에 특별약관을 취소할 수 있으며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약일부터 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」이 발생하였으나 계약자가 특별약관의 취소를 선택하지 않은 때에는 보험계약일부터 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」이 발생한 경우라도 보험금을 지급하지 않습니다.

제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제18조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의「잔고」가 없는 경우 또는 제1조(보험금의 지급사유) 제11호 '일반상해사망 보험금' 지급사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제19조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

7-1. 플래티넘 건강 리셋월렛II(3대질병고액및중환자실치료,특정질병수술및동반입원,상해사망)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관

7-1-1. 플래티넘 건강 리셋월렛II(3대질병고액및중환자실치료,특정질병수술및동반입원,상해사망)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관

7-1-1는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. **비급여(전액본인부담포함) 암수술비** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여 암수술」을 받은 경우 수술 1회당 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 암수술비	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	수술 1회당 500만원
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술 1회당 1,000만원
	갱신 계약	갱신일로부터	수술 1회당 1,000만원

2. **비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료비** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여 항암방사선치료」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료비	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	2,500만원 (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	5,000만원 (연간 1회한)
	갱신 계약	갱신일로부터	5,000만원 (연간 1회한)

3. **비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료비(1~3기암(병기구분불가암포함))** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제3조(「1~3기암(병기구분불가암포함)」 및 「4기암」등의 정의 및 진단확정)에서 정한 「1~3기암(병기구분불가암포함)」으로 진단이 확정되고, 「1~3기암(병기구분불가암포함)」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여 항암약물치료」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료비 [1~3기암 (병기구분불가암포함)]	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	2,500만원 (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	5,000만원 (연간 1회한)
	갱신 계약	갱신일로부터	5,000만원 (연간 1회한)

4. **비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료비(4기암)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제3조(「1~3기암(병기구분불가암포함)」 및 「4기암」등의 정의 및 진단확정)에서 정한「4기암」으로 진단이 확정되고,「4기암」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여 항암약물치료」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료비 [4기암]	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	5,000만원 (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	1억원 (연간 1회한)
	갱신 계약	갱신일로부터	1억원 (연간 1회한)

5. **비급여(전액본인부담포함) 2대질병수술비** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(「2대질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심질환」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여 2대질병수술」을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 2대질병수술비	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	수술 1회당 500만원
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술 1회당 1,000만원
	갱신 계약	갱신일로부터	수술 1회당 1,000만원

6. **암 중환자실치료비(종합병원)(연간1회한)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 「종합병원 중환자실치료」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	지 급 금 액
암 중환자실치료비(종합병원) (연간1회한)	1,000만원 (연간 1회한)

7. **2대질병 중환자실치료비(종합병원)(연간1회한)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(「2대질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심질환」의 치료를 직접적인 목적으로 「종합병원 중환자실치료」를 받은 경우에는 치료구분별로 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	치료구분	지 급 금 액
2대질병 중환자실치료비(종합병원) (연간1회한)	뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료	1,000만원 (연간 1회한)
	허혈성심질환 종합병원 중환자실치료	1,000만원 (연간 1회한)

8. **상급종합병원 질병수술비** : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「상급종합병원」에서 수술을 받은 때에는 수술1회당 아래의 금액을 지급.

구 분	지 급 금 액
상급종합병원 질병수술비	수술1회당 50만원

9. **특정순환계질환수술비** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(「특정순환계질환」의 정의 및 진단확정)에서 정한「특정순환계질환」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술1회당 아래의 금액을 지급.

구 분		경과기간		지급금액
특정순환계질환 수술비	특정순환계질환 관혈수술비	최초계약	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 250만원
			계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 500만원
		갱신계약	갱신일부터	수술1회당 500만원
	특정순환계질환 비관혈수술비	최초계약	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 250만원
			계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 500만원
		갱신계약	갱신일부터	수술1회당 500만원

※ 이 보장은 아래의 총 2개의 세부보장으로 나뉩니다.

보 장
1) 특정순환계질환 관혈수술비 보장 2) 특정순환계질환 비관혈수술비 보장

10. 질병1~5종수술동반입원비Ⅲ : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 다음 각 목에 모두 해당하는 경우(이하 "수술동반입원"이라 합니다) 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급.

가. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 계속 입원하여 치료를 받은 경우

나. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(「수술」의 정의와 장소) 제1항 제2호에서 정한 수술을 받는 경우

다. 상기 가목 및 나목은 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.

구 분		지 급 금 액
질병1~5종수술동반입원비Ⅲ	질병1~5종수술동반입원비Ⅲ(1종)(1일-2일)	입원 1일당 10만원 (2일한도)
	질병1~5종수술동반입원비Ⅲ(2종)(1일-4일)	입원 1일당 10만원 (4일한도)
	질병1~5종수술동반입원비Ⅲ(3종)(1일-6일)	입원 1일당 10만원 (6일한도)
	질병1~5종수술동반입원비Ⅲ(4종)(1일-8일)	입원 1일당 25만원 (8일한도)
	질병1~5종수술동반입원비Ⅲ(5종)(1일-10일)	입원 1일당 50만원 (10일한도)

※ 이 보장은 아래의 총 5개의 세부보장으로 나뉩니다.

보 장
1) 질병1~5종수술동반입원비Ⅲ(1종)(1일-2일) 보장 2) 질병1~5종수술동반입원비Ⅲ(2종)(1일-4일) 보장 3) 질병1~5종수술동반입원비Ⅲ(3종)(1일-6일) 보장 4) 질병1~5종수술동반입원비Ⅲ(4종)(1일-8일) 보장 5) 질병1~5종수술동반입원비Ⅲ(5종)(1일-10일) 보장

11. **일반상해사망 보험금** : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
일반상해사망 보험금	보험금 지급사유 발생시점「잔고」의 30%

※「잔고」 : 제11조(「보험가입금액」 등의 정의) 제2항에서 정한「보험가입금액」에서, 동 조 제1항에서 정한「이미 지급한 보험금 합계액」을 차감한 금액

제11호 일반상해사망 보험금 지급 예시

- 「보험가입금액」 = 10억원
- 「이미 지급한 보험금 합계액」 = 4억원
- 제11호 일반상해사망 보험금 지급사유 발생시점 기준「잔고」 = (10억원 - 4억원) = 6억원
- **일반상해사망 보험금 = (6억원 × 30%) = 1.8억원**

제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
   다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「1~3기암(병기구분불가암포함)」 및 「4기암」 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「4기」라 함은 아래 각 호 중 하나이상에 해당하는 경우를 말합니다.
1. AJCC(American Joint Committee on Cancer) 제8판 TNM 병기분류상 Stage4에 해당하는 경우
2. FIGO(International Federation of Gynecology and Obstetrics) 분류상 “Stage4”에 해당하는 경우
3. Astler-Coller 분류상 “stage D”에 해당하는 경우
4. Jewett분류상 “stage D”에 해당하는 경우
5. 원발불명암(최초 부위를 알 수 없는 암)이 진단된 경우
6. 한국표준질병사인분류에 있어서 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)으로 진단되면서 원발부위(최초 발생한 부위)가 확인되지 않는 경우
7. 「병기구분 불가암 분류표」(【별표78】 참조)에 해당하는 암으로 진단 확정된 후 원격전이를 동반하여 재발하거나 원격전이 병변이 확인되는 경우
8. 상기 기준이외의 의학계에서 일반적으로 인정되는 병기분류방법으로 객관적인 병리학적 혹은 임상학적 의료기록 등에 근거하여 “TNM 병기 4기”에 준하는 단계라고 진단받은 경우

② 이 특별약관에서「4기암」이라 함은 「4기」에 해당되면서, “「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」”에 해당하는 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「1~3기암(병기구분불가암포함)」이라 함은「4기암」에 해당하지 않으면서, “「암」, 「기타피부암」또는「갑상선암」”에 해당하는 경우를 말합니다.

[병기(암의 진행상태)]
병기란 암의 발견 당시의 진행 상태를 표현하는 말로 1기부터 4기로 분류되며, 암의 진행정도가 심해질수록 숫자가 올라갑니다.

[TNM병기]
임상적으로 각 장기에 발생하는 암을 T는 원발소(primary Tumor), N는 소속림프절(regional lymphNode), M는 원격전이(distant Metastasis)를 나타내는 머리문자를 가지고 표기하고 있습니다.

④ 제1항 내지 제2항에서 정한 「4기암」을 진단함에 있어서 임상학적 병기분류 및 조직학적 병기분류 등을 종합적으로 고려하여 「4기암」 여부를 판단합니다. 다만, 조직학적 병기분류가 불가능한 경우에는 임상학적 병기분류만으로 「4기암」 판단을 할 수 있습니다.

⑤ 제1항에서 AJCC(American Joint Committee on Cancer) 제8판 TNM 병기분류가 개정 등의 사유로 변경된 경우 변경된 TNM 병기분류에 따라 적용합니다.

제4조(「2대질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「2대질병」이라 함은「뇌혈관질환」및「허혈성심질환」을 말합니다.

② 제1항의「뇌혈관질환」이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표19】 참조)에 해당하는 1. 거미막하 출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 8. 기타 뇌혈관 질환, 9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 10. 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.

③ 제1항의 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬

영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

④ 제1항의 「허혈성심질환」이라 함은 「허혈성심질환 분류표」(【별표18】 참조)에 해당하는 허혈성심질환으로 분류되는 질병을 말합니다.

⑤ 제1항의 「허혈성심질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「허혈성심질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]
Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]
Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]
뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[양전자 방출 단층술(PET)]
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제5조(「비급여 암수술」 등의 정의)

① 이 특별약관에서「비급여 암수술」이라 함은「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 제거하거나 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로「비급여(전액본인부담포함) 수술」을 받은 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서「비급여 항암방사선치료」라 함은「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 제거하거나「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로「비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료」를 받은 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관에서「비급여 항암약물치료」라 함은「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」을 제거하거나「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기

암」의 직접적인 치료를 목적으로「비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료」를 받은 경우를 말합니다.

④ 이 특별약관에서「비급여 2대질병수술」이라 함은「2대질병」을 제거하거나「2대질병」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로「비급여(전액본인부담포함) 수술」을 받은 경우를 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 비급여라 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.

⑦ 제1항 및 제4항의「비급여(전액본인부담포함) 수술」은 제6조(「수술」의 정의와 장소)에서 정한 「수술」로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 대상 질병을 제거하거나 대상 질병의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제5항 및 제6항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑧ 제2항의「비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제5항 및 제6항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑨ 제3항의「비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제5항 및 제6항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

제6조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 아래 각 호에서 정한 수술을 말합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유) 제1호, 제5호, 제8호 및 제9호 : 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
2. 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 : 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것으로,「1~5종 수술분류표Ⅳ」(【별표34】 참조)에서 정한 수술을 말합니다.

② 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제2항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 및 제10호의 경우에는, 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술 역시「수술」에 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

④ 제3항의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「관혈수술」이라 함은 병변부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술을 하는 것을 말하며, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 관혈수술에 준하여 보상합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「비관혈수술」이라 함은 「내시경수술」,「카테터수술」,「신의료수술」을 말합니다.

1.「내시경수술」이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 직접영상(조영제 등을 통한 간접영상은 제외)을 통하여 보면서 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 다만, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 제외합니다.
2.「카테터수술」인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 '도관을 이용한 약물주입'과 '중심정맥관 삽입술'은 제외합니다.
3.「신의료수술」함은 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는

수술행위를 말하며, 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 '치료적 방사선 조사'를 포함합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 '도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입'과 '중심정맥관 삽입술'은 제외합니다.

⑦ 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑧ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑨ 제1항 내지 제3항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제7조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증를 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것를 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

③ 제2항에서 정한「항암약물치료」는 「항암호르몬치료제」를 포함하지 않습니다.

④ 제3항의「항암호르몬치료제」라 함은 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.

용어의 정의

· 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제8조(「입원」등의 정의)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경

우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

④ 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

[의료법 제3조의3(종합병원)]

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100 병상 이상 300 병상 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. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 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.

제9조(「특정순환계질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정순환계질환」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「특정순환계질환 분류표」(【별표37】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「특정순환계질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

③ 제1항의 「특정순환계질환」 중 「뇌혈관질환」의 진단확정은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

④ 제1항의 「특정순환계질환」 중 「심혈관질환(특정)」의 진단확정은 병력·증상과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

⑤ 제1항의 「특정순환계질환」중「4대혈관질환」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 진단하며, 「특정순환계질환」중 「죽상경화증(뇌, 심장제외)」의 진단확정은 병력·증상과 함께 혈액, 심전도, 혈관 도플러, 경동맥 초음파검사 등 검사결과 상기 질환으로 진단할 수 있는 객관적인 이상 소견을 보이는 경우 진단합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

⑥ 제2항 내지 제5항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「특정순환계질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「특정순환계질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]

Single Photon Emission Computed Tomography. γ선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제10조(「종합병원 중환자실치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「종합병원 중환자실치료」라 함은 의사에 의하여「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「2대질병」으로 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한「종합병원」의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제11조(「보험가입금액」등의 정의)

① 이 특별약관에서「이미 지급한 보험금 합계액」이라 함은, 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제10호

에 따라 지급한 보험금의 합계액을 말합니다.

② 이 특별약관에서「보험가입금액」이라 함은 제1항에서 정한「이미 지급한 보험금 합계액」의 지급한도금액으로써 10억원으로 합니다.

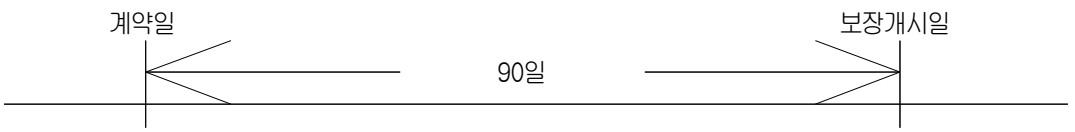
③ 이 특별약관에서「잔고」라 함은 제2항에서 정한 「보험가입금액」에서 제1항의 「이미 지급한 보험금 합계액」을 차감한 금액을 말합니다.

제12조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 최초계약의 경우
   가. 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호, 제6호 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
   나. 제1조(보험금의 지급사유) 제5호, 제7호 내지 제11호 : 보험계약일
2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

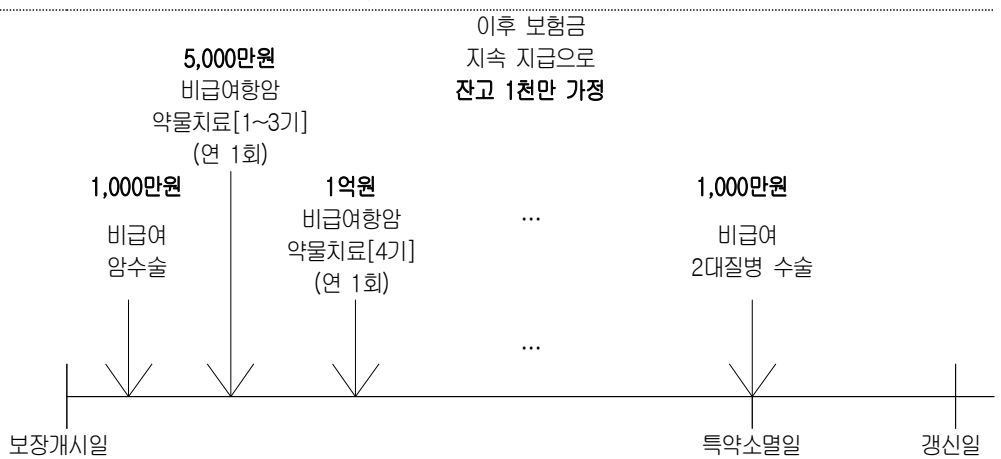
< 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호, 제6호의 보장개시일 > (최초계약에 한함)



② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제10호의 경우,「이미 지급한 보험금 합계액」은「보험가입금액」을 초과할 수 없습니다.

[제2항 관련 예시]

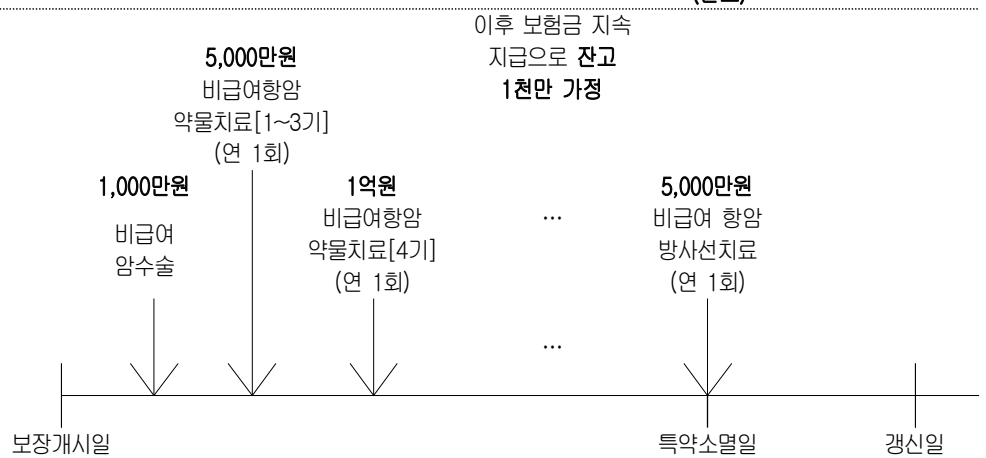
보험금 지급전 잔고	10억	9.9억	9.4억		1천만
보험금 지급후 잔고	9.9억	9.4억	8.4억		**0원 (특약소멸)**
이미 지급한 보험금 합계	1천만	6천만	1.6억	…	10억
지급보험금	1천만	5천만	1억		1천만



③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제10호에 따라 지급해야 할 보험금이 「잔고」보다 큰 경우 「잔고」전액을 보험금으로 지급하며, 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

[제3항 관련 예시]

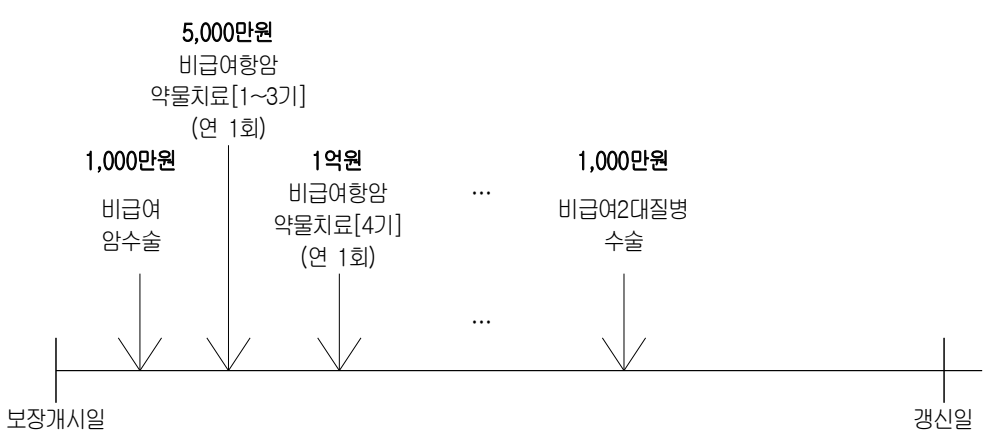
보험금 지급전 잔고	10억	9.9억	9.4억		**1천만**
보험금 지급후 잔고	9.9억	9.4억	8.4억		**0원 (특약소멸)**
이미 지급한 보험금 합계	1천만	6천만	1.6억	…	10억
지급보험금	1천만	5천만	1억		**1천만 (잔고)**



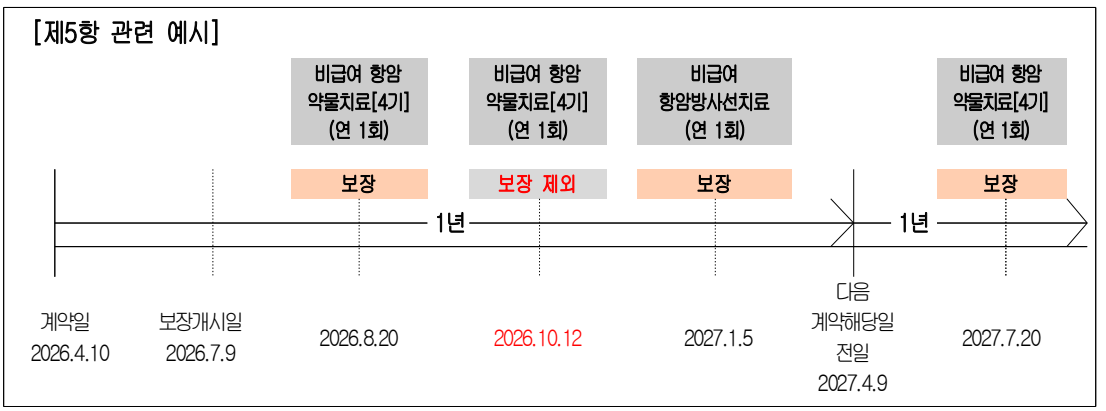
④ 제3항에도 불구하고 「잔고」가 남아있는 경우, 이 특별약관이 갱신될 때마다「보험가입금액」도 새롭게 10억원으로 재설정(리셋, reset)됩니다.

[제4항 관련 예시]

보험금 지급전 잔고	10억	9.9억	9.4억		8.4억		**10억 (리셋)**
보험금 지급후 잔고	9.9억	9.4억	8.4억		8.3억		-
이미 지급한 보험금 합계	1천만	6천만	1.6억	…	1.7억	보험기간 내 **잔고 존재**	**0원 (리셋)**
지급보험금	1천만	5천만	1억		1천만		-



⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제2호 내지 제4호, 제6호 내지 제7호 보장에서 정한 '연간 1회' 한도는 각 호 별로 적용됩니다.



⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 보장의 경우, 같은 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나, 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 하나의 질병수술비만 지급하여 드립니다. 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하여 보험금을 지급하여 드립니다.

용어의 정의

같은 질병이라 함은 동일한 원인으로 발생한 질병으로서, 치료 부위가 다르다고 할지라도 치료의 목적이 동일한 질병일 경우 같은 질병에 해당합니다.

⑦ 제1조(보험금의 지급사유) 제9호 보장에도 불구하고 피보험자가 관혈수술과 비관혈수술을 동시에 받은 경우에는 관혈수술비만 지급합니다.

⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장의 경우, 지급일수는 1회 "수술동반입원"당 세부보장별 입원일수 한도를 따릅니다.

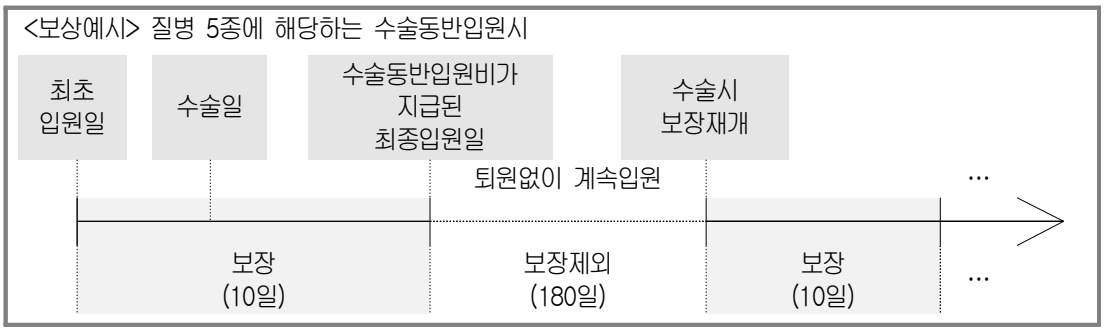
⑨ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장의 경우, 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 '나'목의 수술은 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 입원일수 한도에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술동반입원비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술동반입원비에서 이미 지급한 수술동반입원비를 차감하고 지급합니다.

동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우

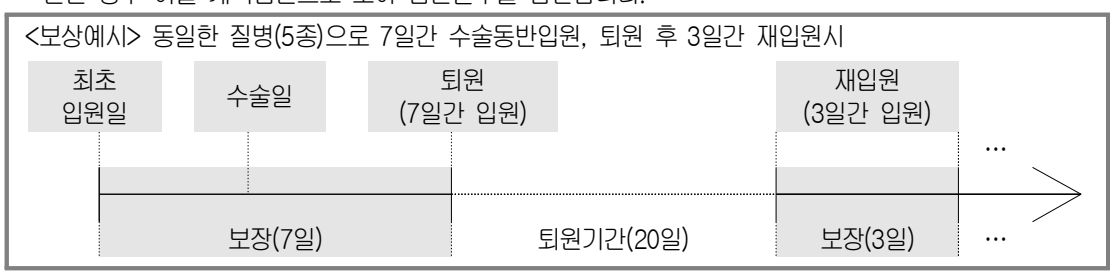
동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 함은 같은 수술실에서 수술 부위와 관계없이 시간적으로 연속하여 두 종류 이상의 수술을 받는 것을 말합니다.

⑩ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장의 경우, 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 "수술"을 받은 경우에는 다른 "수술동반입원"으로 보아 새로운 입원일 1일째 날부터 입원 1일당 보험금을 지급합니다.

⑪ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장의 경우, 다음과 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



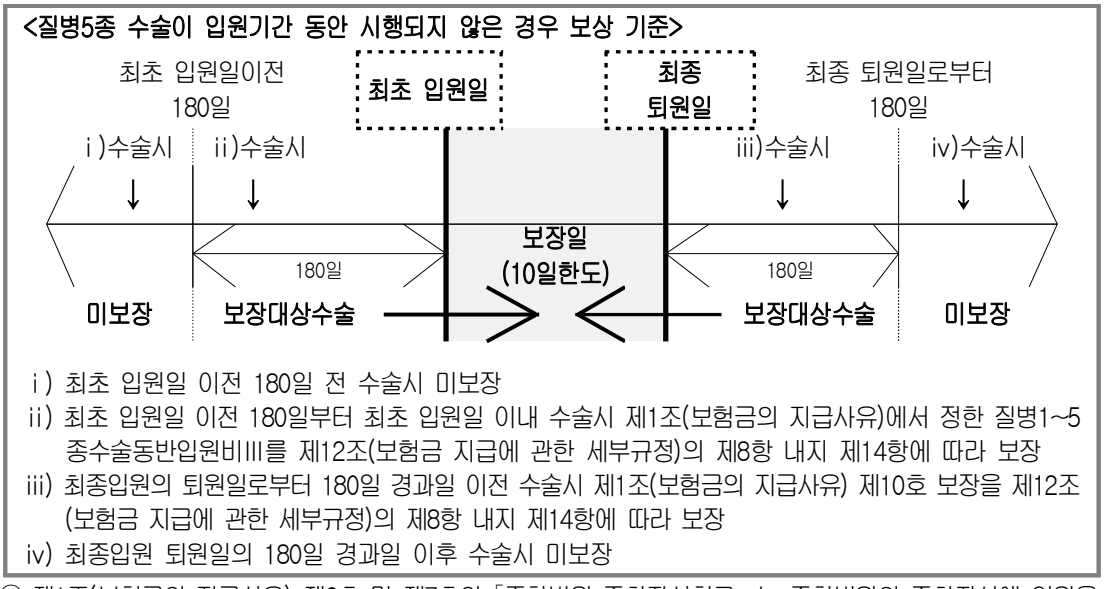
⑫ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장의 경우, “수술” 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다.



⑬ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장의 경우, 피보험자가 보장개시일 이후 “수술동반입원”하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 “수술동반입원”에 대하여는 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제11항은 적용하지 않습니다.

⑭ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장의 경우, 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자의 본인이 자의적으로 입원할 때에는 회사는 보장의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑮ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장의 경우, 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 “최초 입원일 이전 180일부터 최초 입원일 이내” 또는 “최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전” 수술이며, 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우 보험금을 제8항 내지 제14항에 따라 지급합니다. 특히, 같은 질병 치료를 목적으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 제9항에 따라 먼저 한 수술을 기준으로 아래와 같이 보장합니다.



⑯ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 및 제7호의「종합병원 중환자실치료」는 종합병원의 중환자실에 입원을

시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

⑰ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호에서의「종합병원 중환자실치료」는 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단된 경우에는 이는 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

⑱ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 「뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료」는 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「뇌혈관질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌혈관질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌혈관질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「뇌혈관질환」으로 진단된 경우에는 이는 「뇌혈관질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

⑲ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 「허혈성심질환 종합병원 중환자실치료」는 「허혈성심질환」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「허혈성심질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「허혈성심질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「허혈성심질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

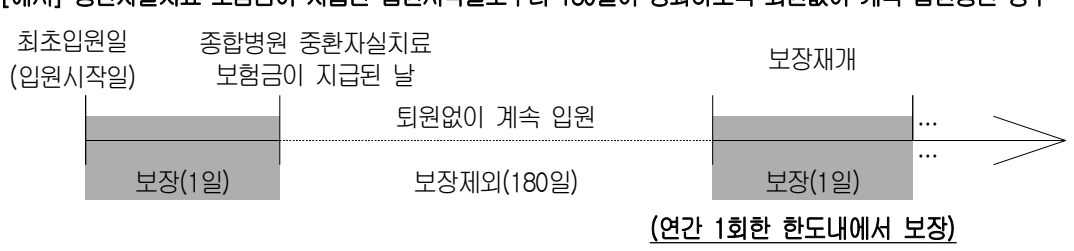
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「허혈성심질환」으로 진단된 경우에는 이는 「허혈성심질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

⑳ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우, 피보험자가 동일한「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 날의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

㉑ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우, 피보험자가 동일한 「뇌혈관질환」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「뇌혈관질환」에 대한 입원이라도 뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

㉒ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우, 피보험자가 동일한 「허혈성심질환」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「허혈성심질환」에 대한 입원이라도 허혈성심질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 허혈성심질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 허혈성심질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시] 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



㉓ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우, 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

㉔ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우, 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

㉕ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우, 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「허혈성심질환」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2027.3.1	보장개시일	-	-
2027.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2027.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2028.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

㉖ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 및 제7호의 경우, 피보험자가 종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 종합병원 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

㉗ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 및 제7호의 경우, 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 종합병원 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

㉘ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 및 제7호의 경우, 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 종합병원 중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

㉙ 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

㉚ 제1조(보험금의 지급사유) 제11호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

실종선고

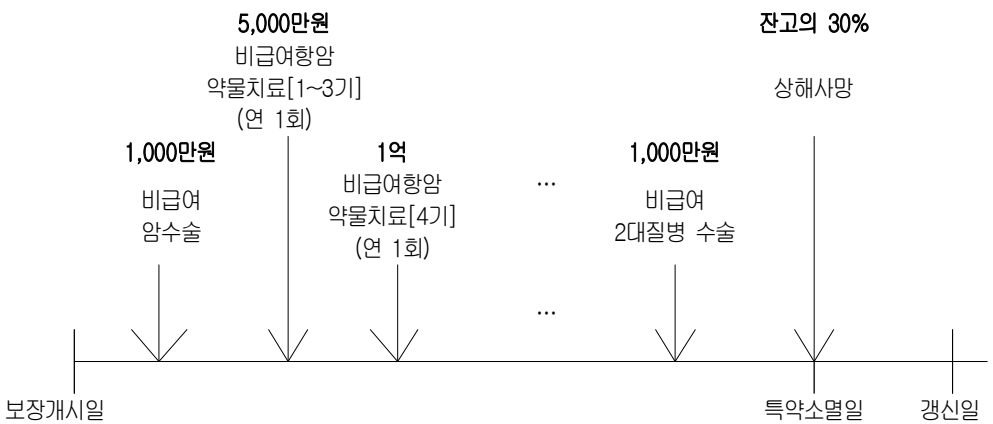
어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

㉛ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제11호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

㉜ 제1조(보험금의 지급사유) 제11호 '일반상해사망 보험금'은 「보험가입금액」에서 지급사유 발생시점 기준의 「이미 지급한 보험금 합계액」을 제한 「잔고」의 30%에 해당하는 금액을 지급하여 드립니다.

[제32항 관련 예시]

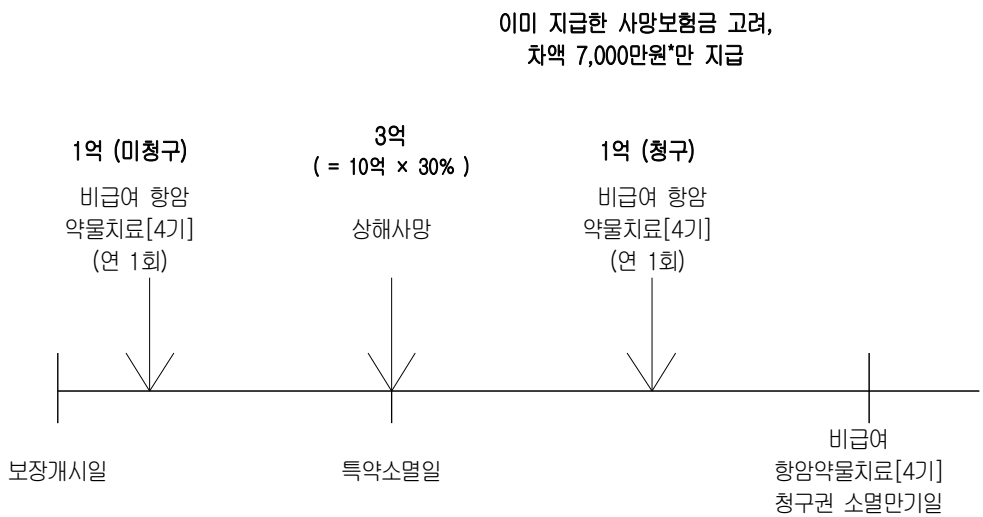
보험금 지급전 잔고	10억	9.9억	9.4억		8.4억	
보험금 지급후 잔고	9.9억	9.4억	8.4억		8.3억	**0원 (특약소멸)**
이미 지급한 보험금 합계	1천만	6천만	1.6억	…	1.7억	
지급보험금	1천만	5천만	1억		1천만	**8.3억×30% = 2.49억**



㉝ 제1조(보험금의 지급사유) 제11호 '일반상해사망 보험금'이 지급된 이후에, 동조 제1호 내지 제10호에 해당하는 보험금을 청구하는 경우, 이미 지급한 제11호의 보험금을 고려한 차액을 지급하여 드립니다.

[제33항 관련 예시]

보험금 지급전 잔고	10억	**10억**	-
보험금 지급후 잔고	10억	**0원 (특약소멸)**	-
이미 지급한 보험금 합계	-	3억	3.7억
지급보험금	-	**3억**	**7,000만원**



※ 상해사망 보험금 지급 이후 청구 건에 대한 지급금 산정

1. 비급여 항암약물치료[4기] 보험금 정상 지급 가정 시 내역
   (1) 비급여 항암약물치료[4기] 보험금 : 1억원
   (2) 상해사망 보험금 : (10억원 - 1억원) × 30% = 2.7억원
   → 합산 금액 : 3.7억원
2. 차액 산정
   (1) 이미 지급한 상해사망 보험금 : 3억원
   (2) 비급여 항암약물치료[4기] 보험금 지급 가능 금액
   → 상기 '합산 금액'에서 '이미 지급한 상해사망 보험금'을 제외한 7,000만원 지급

㉞ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제6조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제12조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자에게 다음에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 「선지급 보험금」을 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여 암수술」 또는 「비급여 항암방사선치료」을 받기 위해 치료일자 예약 후 제14조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다.
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」으로 진단 확정되고

「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여 항암약물치료」를 받기 위해 치료일자 예약 후 제14조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③ 「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

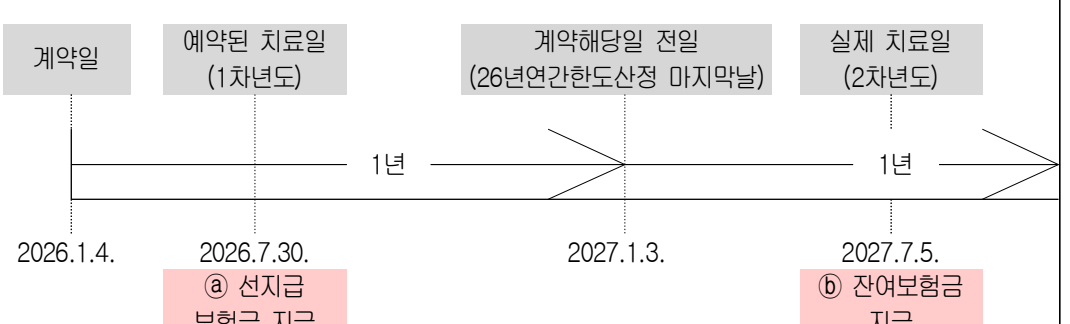
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제13조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시 】



ⓐ 선지급 보험금 : 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입
ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)

제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제13조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제11호 보장의 경우, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 및 제2항을 모두 따릅니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 내지 제8호, 제10호의 경우, 아래 각 호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에도 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 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 내지 제8호, 제10호의 경우, 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대해서도 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 및 제10호의 경우, 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병수술비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
5. 비만(E66) 수술
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)

⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 및 제10호의 경우, 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대

상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제14조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 사망진단서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제15조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제16조(특별약관의 취소)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이전에 특별약관을 취소할 수 있으며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약일부터 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」이 발생하였으나 계약자가 특별약관의 취소를 선택하지 않은 때에는 보험계약일부터 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」이 발생한 경우라도, 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호, 제6호 보험금을 지급하지 않습니다.

제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제18조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 「잔고」가 없는 경우 또는 제1조(보험금의 지급사유) 제11호 '일반상해사망 보험금' 지급사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제19조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

7-2. 플래티넘 건강 리셋월렛II(3대질병고액및중환자실치료,특정질병수술및동반입원,상해사망)(갱신형_20년) 특별약관

7-2-1. 플래티넘 건강 리셋월렛II(3대질병고액및중환자실치료,특정질병수술및동반입원,상해사망)(갱신형_20년) 특별약관

7-2-1는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. **비급여(전액본인부담포함) 암수술비** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여 암수술」을 받은 경우 수술 1회당 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 암수술비	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	수술 1회당 500만원
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술 1회당 1,000만원
	갱신 계약	갱신일로부터	수술 1회당 1,000만원

2. **비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료비** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여 항암방사선치료」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료비	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	2,500만원 (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	5,000만원 (연간 1회한)
	갱신 계약	갱신일로부터	5,000만원 (연간 1회한)

3. **비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료비(1~3기암(병기구분불가암포함))** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제3조(「1~3기암(병기구분불가암포함)」 및 「4기암」등의 정의 및 진단확정)에서 정한 「1~3기암(병기구분불가암포함)」으로 진단이 확정되고, 「1~3기암(병기구분불가암포함)」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여 항암약물치료」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료비 [1~3기암 (병기구분불가암포함)]	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	2,500만원 (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	5,000만원 (연간 1회한)
	갱신 계약	갱신일로부터	5,000만원 (연간 1회한)

4. **비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료비(4기암)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제3조(「1~3기암(병기구분불가암포함)」 및 「4기암」등의 정의 및 진단확정)에서 정한「4기암」으로 진단이 확정되고,「4기암」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여 항암약물치료」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료비 [4기암]	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	5,000만원 (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	1억원 (연간 1회한)
	갱신 계약	갱신일로부터	1억원 (연간 1회한)

5. **비급여(전액본인부담포함) 2대질병수술비** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(「2대질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심질환」으로 진단확정되고 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심질환」의 치료를 직접적인 목적으로 「비급여 2대질병수술」을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
비급여(전액본인부담포함) 2대질병수술비	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	수술 1회당 500만원
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술 1회당 1,000만원
	갱신 계약	갱신일로부터	수술 1회당 1,000만원

6. **암 중환자실치료비(종합병원)(연간1회한)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(보험금 지급에 관한 세

부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 「종합병원 중환자실치료」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	지 급 금 액
암 중환자실치료비(종합병원) (연간1회한)	1,000만원 (연간 1회한)

7. **2대질병 중환자실치료비(종합병원)(연간1회한)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(「2대질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심질환」으로 진단확정되고 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심질환」의 치료를 직접적인 목적으로 「종합병원 중환자실치료」를 받은 경우에는 치료구분별로 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	치료구분	지 급 금 액
2대질병 중환자실치료비(종합병원) (연간1회한)	뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료	1,000만원 (연간 1회한)
	허혈성심질환 종합병원 중환자실치료	1,000만원 (연간 1회한)

8. **상급종합병원 질병수술비** : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「상급종합병원」에서 수술을 받은 때에는 수술1회당 아래의 금액을 지급.

구 분	지 급 금 액
상급종합병원 질병수술비	수술1회당 50만원

9. **특정순환계질환수술비** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(「특정순환계질환」의 정의 및 진단확정)에서 정한「특정순환계질환」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술1회당 아래의 금액을 지급.

구 분		경과기간		지급금액
특정순환계질환 수술비	특정순환계질환 관혈수술비	최초계약	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 250만원
			계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 500만원
		갱신계약	갱신일부터	수술1회당 500만원
	특정순환계질환 비관혈수술비	최초계약	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 250만원
			계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 500만원
		갱신계약	갱신일부터	수술1회당 500만원

※ 이 보장은 아래의 총 2개의 세부보장으로 나뉩니다.

보 장
1) 특정순환계질환 관혈수술비 보장 2) 특정순환계질환 비관혈수술비 보장

10. **질병1~5종수술동반입원비Ⅲ** : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 인하여 다음 각 목에 모두 해당하는 경우(이하 "수술동반입원"이라 합니다) 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급.
가. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 계속 입

원하여 치료를 받은 경우

나. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(「수술」의 정의와 장소) 제1항 제2호에서 정한 수술을 받는 경우

다. 상기 가목 및 나목은 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.

구 분		지 급 금 액
질병1~5종수술동반입원비III	질병1~5종수술동반입원비III(1종)(1일-2일)	입원 1일당 10만원 (2일한도)
	질병1~5종수술동반입원비III(2종)(1일-4일)	입원 1일당 10만원 (4일한도)
	질병1~5종수술동반입원비III(3종)(1일-6일)	입원 1일당 10만원 (6일한도)
	질병1~5종수술동반입원비III(4종)(1일-8일)	입원 1일당 25만원 (8일한도)
	질병1~5종수술동반입원비III(5종)(1일-10일)	입원 1일당 50만원 (10일한도)

※ 이 보장은 아래의 총 5개의 세부보장으로 나뉩니다.

보 장
1) 질병1~5종수술동반입원비III(1종)(1일-2일) 보장 2) 질병1~5종수술동반입원비III(2종)(1일-4일) 보장 3) 질병1~5종수술동반입원비III(3종)(1일-6일) 보장 4) 질병1~5종수술동반입원비III(4종)(1일-8일) 보장 5) 질병1~5종수술동반입원비III(5종)(1일-10일) 보장

11. **일반상해사망 보험금** : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
일반상해사망 보험금	보험금 지급사유 발생시점「잔고」의 30%

※「잔고」 : 제11조(「보험가입금액」 등의 정의) 제2항에서 정한「보험가입금액」에서, 동 조 제1항에서 정한「이미 지급한 보험금 합계액」을 차감한 금액

제11호 일반상해사망 보험금 지급 예시

- 「보험가입금액」 = 10억원
- 「이미 지급한 보험금 합계액」 = 4억원
- 제11호 일반상해사망 보험금 지급사유 발생시점 기준「잔고」 = (10억원 - 4억원) = 6억원
- **일반상해사망 보험금 = (6억원 × 30%) = 1.8억원**

제2조(「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「1~3기암(병기구분불가암포함)」 및 「4기암」등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「4기」라 함은 아래 각 호 중 하나이상에 해당하는 경우를 말합니다.
1. AJCC(American Joint Committee on Cancer) 제8판 TNM 병기분류상 Stage4에 해당하는 경우
2. FIGO(International Federation of Gynecology and Obstetrics) 분류상 “Stage4”에 해당하는 경우
3. Astler-Coller 분류상 “stage D”에 해당하는 경우
4. Jewett분류상 “stage D”에 해당하는 경우
5. 원발불명암(최초 부위를 알 수 없는 암)이 진단된 경우
6. 한국표준질병사인분류에 있어서 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)으로 진단되면서 원발부위(최초 발생한 부위)가 확인되지 않는 경우
7. 「병기구분 불가암 분류표」(【별표78】 참조)에 해당하는 암으로 진단 확정된 후 원격전이를 동반하여 재발하거나 원격전이 병변이 확인되는 경우
8. 상기 기준이외의 의학계에서 일반적으로 인정되는 병기분류방법으로 객관적인 병리학적 혹은 임상학적 의료기록 등에 근거하여 “TNM 병기 4기”에 준하는 단계라고 진단받은 경우

② 이 특별약관에서 「4기암」이라 함은 「4기」에 해당되면서, “「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」”에 해당하는 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「1~3기암(병기구분불가암포함)」이라 함은 「4기암」에 해당하지 않으면서, “「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」”에 해당하는 경우를 말합니다.

[병기(암의 진행상태)]
병기란 암의 발견 당시의 진행 상태를 표현하는 말로 1기부터 4기로 분류되며, 암의 진행정도가 심해질수록 숫자가 올라갑니다.

[TNM병기]
임상적으로 각 장기에 발생하는 암을 T는 원발소(primary Tumor), N는 소속림프절(regional lymphNode), M는 원격전이(distant Metastasis)를 나타내는 머리문자를 가지고 표기하고 있습니다.

④ 제1항 내지 제2항에서 정한 「4기암」을 진단함에 있어서 임상학적 병기분류 및 조직학적 병기분류 등을 종합적으로 고려하여 「4기암」 여부를 판단합니다. 다만, 조직학적 병기분류가 불가능한 경우에는 임상학적 병기분류만으로 「4기암」 판단을 할 수 있습니다.
⑤ 제1항에서 AJCC(American Joint Committee on Cancer) 제8판 TNM 병기분류가 개정 등의 사유로 변경된 경우 변경된 TNM 병기분류에 따라 적용합니다.

제4조(「2대질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「2대질병」이라 함은「뇌혈관질환」및「허혈성심질환」을 말합니다.
② 제1항의「뇌혈관질환」이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표19】참조)에 해당하는 1. 거미막하 출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 8. 기타 뇌혈관 질환, 9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 10. 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
③ 제1항의 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.
④ 제1항의 「허혈성심질환」이라 함은 「허혈성심질환 분류표」(【별표18】참조)에 해당하는 허혈성심질환으로 분류되는 질병을 말합니다.
⑤ 제1항의 「허혈성심질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「허혈성심질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

용어설명
[전산화단층촬영(CT)]
Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]
Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]
뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[양전자 방출 단층술(PET)]
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제5조(「비급여 암수술」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「비급여 암수술」이라 함은 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여(전액본인부담포함) 수술」을 받은 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「비급여 항암방사선치료」라 함은 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료」를 받은 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「비급여 항암약물치료」라 함은 「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」을 제거하거나 「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료」를 받은 경우를 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「비급여 2대질병수술」이라 함은 「2대질병」을 제거하거나 「2대질병」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여(전액본인부담포함) 수술」을 받은 경우를 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 비급여라 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.

⑦ 제1항 및 제4항의 「비급여(전액본인부담포함) 수술」은 제6조(「수술」의 정의와 장소)에서 정한 「수술」로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 대상 질병을 제거하거나 대상 질병의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제5항 및 제6항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑧ 제2항의 「비급여(전액본인부담포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제5항 및 제6항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑨ 제3항의 「비급여(전액본인부담포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제5항 및 제6항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

제6조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 아래 각 호에서 정한 수술을 말합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유) 제1호, 제5호, 제8호 및 제9호 : 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
2. 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 : 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것으로,「1~5종 수술분류표Ⅳ」(【별표34】참조)에서 정한 수술을 말합니다.

② 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제2항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 및 제10호의 경우에는, 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술 역시「수술」에 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

④ 제3항의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「관혈수술」이라 함은 병변부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술을 하는 것을 말하며, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 관혈수술에 준하여 보상합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「비관혈수술」이라 함은 「내시경수술」,「카테터수술」,「신의료수술」을 말합니다.
1.「내시경수술」이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 직접영상(조영제 등을 통한 간접영상은 제외)을 통하여 보면서 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 다만, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 제외합니다.
2.「카테터수술」인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 '도관을 이용한 약물주입'과 '중심정맥관 삽입술'은 제외합니다.
3.「신의료수술」함은 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 '치료적 방사선 조사'를 포함합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 '도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입'과 '중심정맥관 삽입술'은 제외합니다.

⑦ 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑧ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

⑨ 제1항 내지 제3항의 「수술」은 「항암방사선치료」 와 「항암약물치료」는 제외합니다.

용어의 정의
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제7조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것를 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 항암면역요법으로 보지 않습니다.

③ 제2항에서 정한「항암약물치료」는 「항암호르몬치료제」를 포함하지 않습니다.

④ 제3항의「항암호르몬치료제」라 함은 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.

용어의 정의

· 호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제8조(「입원」 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

④ 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

[의료법 제3조의3(종합병원)]

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100 병상 이상 300 병상 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. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘

것
2. 제77조 제1항에 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.

제9조(「특정순환계질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정순환계질환」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「특정순환계질환 분류표」(【별표37】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「특정순환계질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

③ 제1항의 「특정순환계질환」 중 「뇌혈관질환」의 진단확정은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

④ 제1항의 「특정순환계질환」 중 「심혈관질환(특정)」의 진단확정은 병력·증상과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

⑤ 제1항의 「특정순환계질환」중「4대혈관질환」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 진단하며, 「특정순환계질환」중 「죽상경화증(뇌, 심장제외)」의 진단확정은 병력·증상과 함께 혈액, 심전도, 혈관 도플러, 경동맥 초음파검사 등 검사결과 상기 질환으로 진단할 수 있는 객관적인 이상 소견을 보이는 경우 진단합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

⑥ 제2항 내지 제5항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「특정순환계질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「특정순환계질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]
뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]
Single Photon Emission Computed Tomography. γ선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제10조(「종합병원 중환자실치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「종합병원 중환자실치료」라 함은 의사에 의하여「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「2대질병」으로 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한「종합병원」의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받는 경우를 말합니다.
② 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

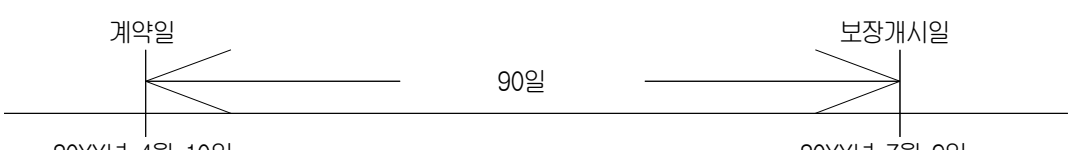
제11조(「보험가입금액」등의 정의)

① 이 특별약관에서「이미 지급한 보험금 합계액」이라 함은, 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제10호에 따라 지급한 보험금의 합계액을 말합니다.
② 이 특별약관에서「보험가입금액」이라 함은 제1항에서 정한「이미 지급한 보험금 합계액」의 지급한도금액으로써 10억원으로 합니다.
③ 이 특별약관에서「잔고」라 함은 제2항에서 정한 「보험가입금액」에서 제1항의 「이미 지급한 보험금 합계액」을 차감한 금액을 말합니다.

제12조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.
1. 최초계약의 경우
가. 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호, 제6호 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
나. 제1조(보험금의 지급사유) 제5호, 제7호 내지 제11호 : 보험계약일
2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

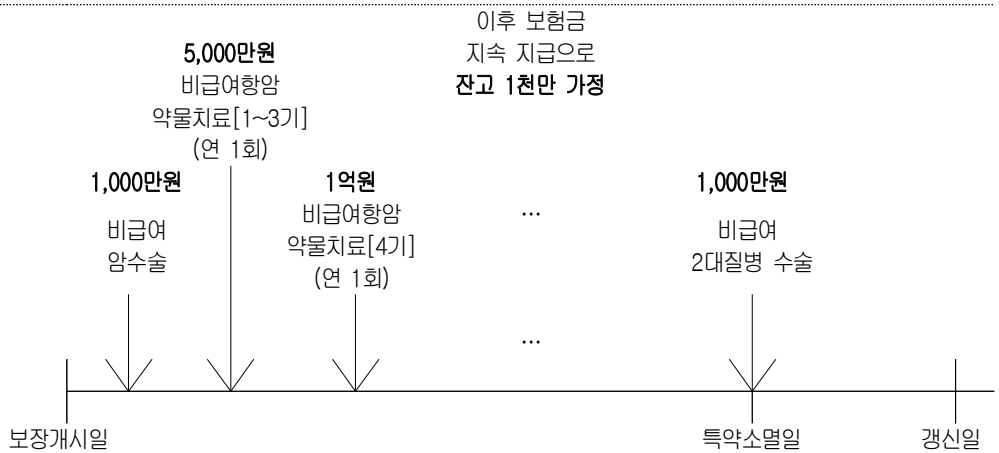
< 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호, 제6호의 보장개시일 > (최초계약에 한함)



② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제10호의 경우,「이미 지급한 보험금 합계액」은「보험가입금액」을 초과할 수 없습니다.

[제2항 관련 예시]

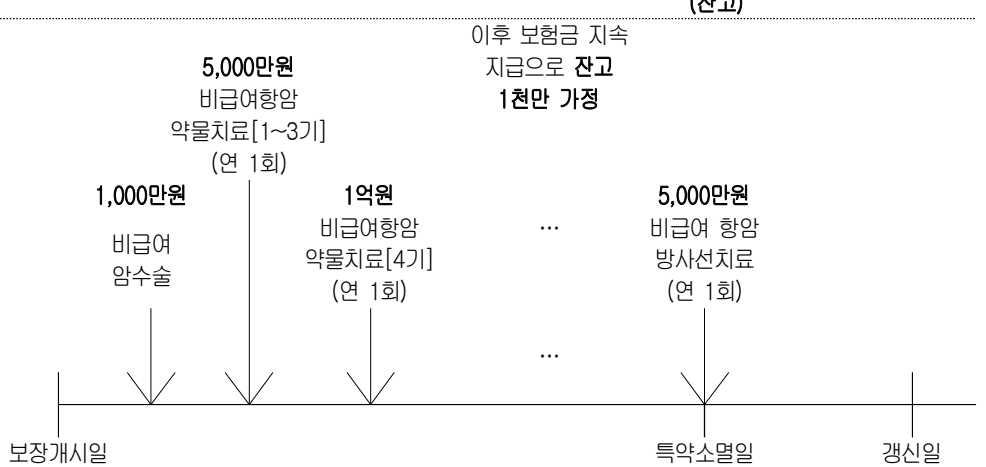
보험금 지급전 잔고	10억	9.9억	9.4억		1천만
보험금 지급후 잔고	9.9억	9.4억	8.4억		**0원 (특약소멸)**
이미 지급한 보험금 합계	1천만	6천만	1.6억	…	10억
지급보험금	1천만	5천만	1억		1천만



③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제10호에 따라 지급해야 할 보험금이 「잔고」보다 큰 경우 「잔고」전액을 보험금으로 지급하며, 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

[제3항 관련 예시]

보험금 지급전 잔고	10억	9.9억	9.4억		**1천만**
보험금 지급후 잔고	9.9억	9.4억	8.4억		**0원 (특약소멸)**
이미 지급한 보험금 합계	1천만	6천만	1.6억	…	10억
지급보험금	1천만	5천만	1억		**1천만 (잔고)**

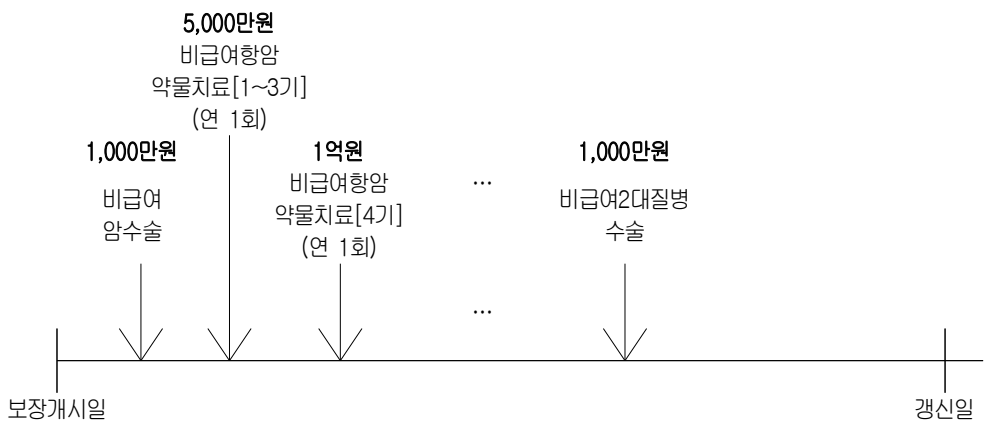


④ 제3항에도 불구하고 「잔고」가 남아있는 경우, 이 특별약관이 갱신될 때마다「보험가입금액」도 새롭게

10억원으로 재설정(리셋, reset)됩니다.

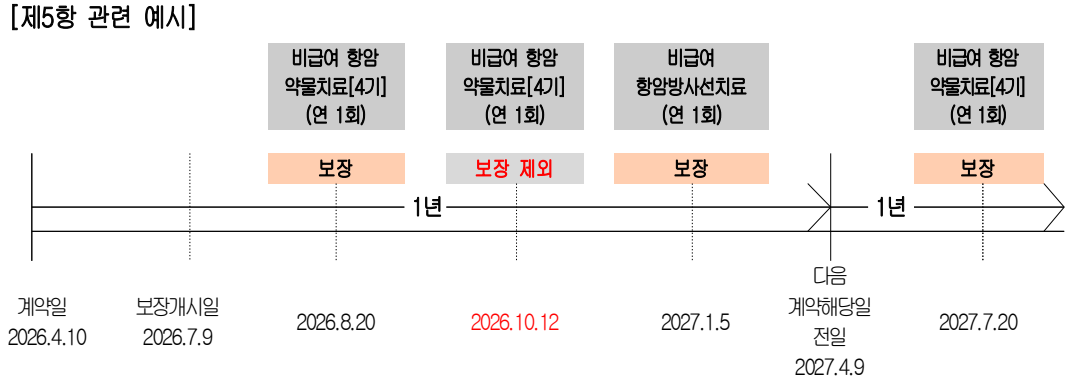
[제4항 관련 예시]

보험금 지급전 잔고	10억	9.9억	9.4억		8.4억		**10억 (리셋)**
보험금 지급후 잔고	9.9억	9.4억	8.4억		8.3억		-
이미 지급한 보험금 합계	1천만	6천만	1.6억	…	1.7억	보험기간 내 **잔고 존재**	**0원 (리셋)**
지급보험금	1천만	5천만	1억		1천만		-



⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제2호 내지 제4호, 제6호 내지 제7호 보장에서 정한 '연간 1회' 한도는 각 호 별로 적용됩니다.

[제5항 관련 예시]



⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 보장의 경우, 같은 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나, 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 하나의 질병수술비만 지급하여 드립니다. 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하여 보험금을 지급하여 드립니다.

용어의 정의

같은 질병이라 함은 동일한 원인으로 발생한 질병으로서, 치료 부위가 다르다고 할지라도 치료의 목적이 동일한 질병일 경우 같은 질병에 해당합니다.

⑦ 제1조(보험금의 지급사유) 제9호 보장에도 불구하고 피보험자가 관혈수술과 비관혈수술을 동시에 받은 경우에는 관혈수술비만 지급합니다.

⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장의 경우, 지급일수는 1회 “수술동반입원”당 세부보장별 입원일수 한도를 따릅니다.

⑨ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장의 경우, 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 ‘나’목의 수술은 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 입원일수 한도에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술동반입원비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술동반입원비에서 이미 지급한 수술동반입원비를 차감하고 지급합니다.

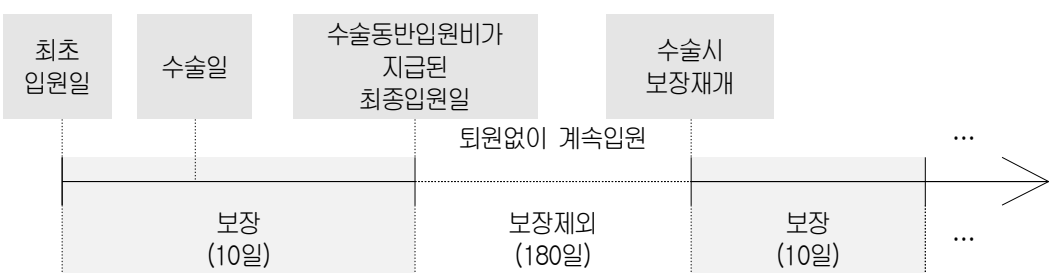
동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우

동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 함은 같은 수술실에서 수술 부위와 관계없이 시간적으로 연속하여 두 종류 이상의 수술을 받는 것을 말합니다.

⑩ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장의 경우, 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 “수술”을 받은 경우에는 다른 “수술동반입원”으로 보아 새로운 입원일 1일째 날부터 입원 1일당 보험금을 지급합니다.

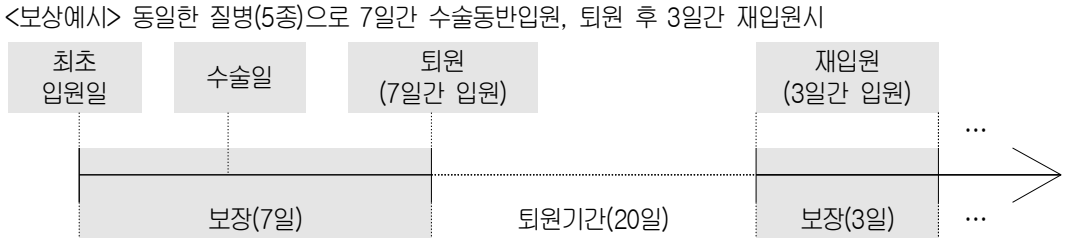
⑪ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장의 경우, 다음과 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<보상예시> 질병 5종에 해당하는 수술동반입원시



⑫ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장의 경우, “수술” 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다.

<보상예시> 동일한 질병(5종)으로 7일간 수술동반입원, 퇴원 후 3일간 재입원시



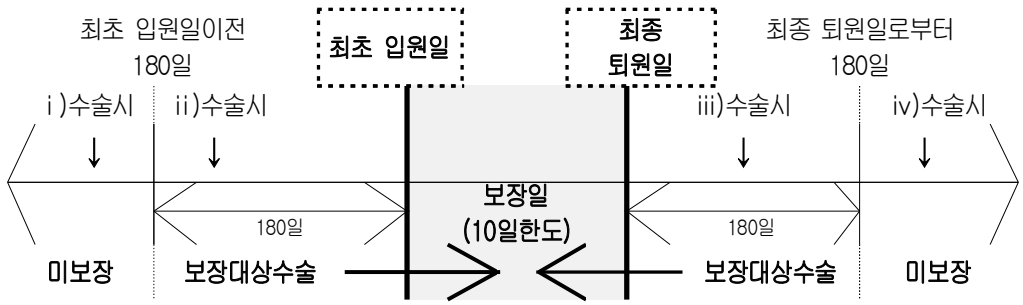
⑬ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장의 경우, 피보험자가 보장개시일 이후 “수술동반입원”하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 “수술동반입원”에 대하여는 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제11항은 적용하지 않습니다.

⑭ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장의 경우, 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자의 본인이 자의적으로 입원할 때에는 회사는 보장의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑮ 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장의 경우, 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 “최초 입원일 이전 180일부터 최초 입원일 이내” 또는 “최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전” 수술이며, 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우 보험금을 제8항 내지 제14항에 따라 지급합니다. 특히, 같은 질병 치료를 목적으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 제9항에 따라 먼저 한 수술을 기준으

로 아래와 같이 보장합니다.

<질병5종 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준>



ⅰ) 최초 입원일 이전 180일 전 수술시 미보장
ⅱ) 최초 입원일 이전 180일부터 최초 입원일 이내 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병1~5종수술동반입원비Ⅲ를 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제8항 내지 제14항에 따라 보장
ⅲ) 최종입원의 퇴원일로부터 180일 경과일 이전 수술시 제1조(보험금의 지급사유) 제10호 보장을 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제8항 내지 제14항에 따라 보장
ⅳ) 최종입원 퇴원일의 180일 경과일 이후 수술시 미보장

⑯ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 및 제7호의「종합병원 중환자실치료」는 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 입원시작일이라 합니다)를 기준으로 합니다.

⑰ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호에서의「종합병원 중환자실치료」는 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단된 경우에는 이는 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

⑱ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 「뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료」는 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「뇌혈관질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌혈관질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌혈관질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「뇌혈관질환」으로 진단된 경우에는 이는 「뇌혈관질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

⑲ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 「허혈성심질환 종합병원 중환자실치료」는 「허혈성심질환」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「허혈성심질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「허혈성심질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「허혈성심질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「허혈성심질환」으로 진단된 경우에는 이는 「허혈성심질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

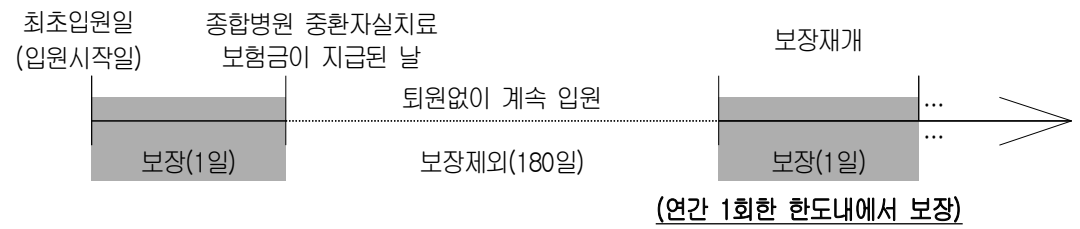
⑳ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우, 피보험자가 동일한「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 날의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

㉑ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우, 피보험자가 동일한 「뇌혈관질환」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「뇌혈관질환」에 대한 입원이라도 뇌혈관질환 종

합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 뇌혈관질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

㉒ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우, 피보험자가 동일한 「허혈성심질환」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「허혈성심질환」에 대한 입원이라도 허혈성심질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 허혈성심질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 허혈성심질환 종합병원 중환자실치료 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시] 중환자실치료 보험금이 지급된 입원시작일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우



㉓ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호의 경우, 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

㉔ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우, 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

㉕ 제1조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우, 피보험자가 다른 종합병원 중환자실을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「허혈성심질환」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간1회에 한하여 보장합니다.

[예시] 동일한 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2027.3.1	보장개시일	-	-
2027.3.5. ~ 3.30	중환자실입원(1차)	지급	-
2027.10.1. ~ 10.15	중환자실입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2028.3.15. ~ 3.30	중환자실입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

㉖ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 및 제7호의 경우, 피보험자가 종합병원 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 중환자실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날을 입원시작일로 보아 종합병원 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

㉗ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 및 제7호의 경우, 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원의 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일을 입원시작일로 보아 종합병원 중환자실치료 보험금을 지급합니다.

㉘ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 및 제7호의 경우, 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를

따르지 아니한 때에는 회사는 종합병원 중환자실치료 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

㉙ 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

㉚ 제1조(보험금의 지급사유) 제11호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

실종선고

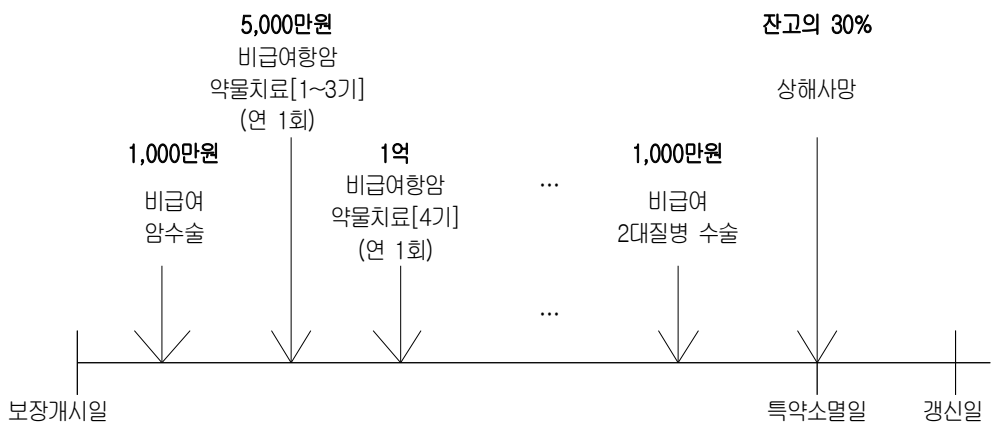
어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

㉛ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제11호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

㉜ 제1조(보험금의 지급사유) 제11호 '일반상해사망 보험금'은 「보험가입금액」에서 지급사유 발생시점 기준의 「이미 지급한 보험금 합계액」을 제한 「잔고」의 30%에 해당하는 금액을 지급하여 드립니다.

[제32항 관련 예시]

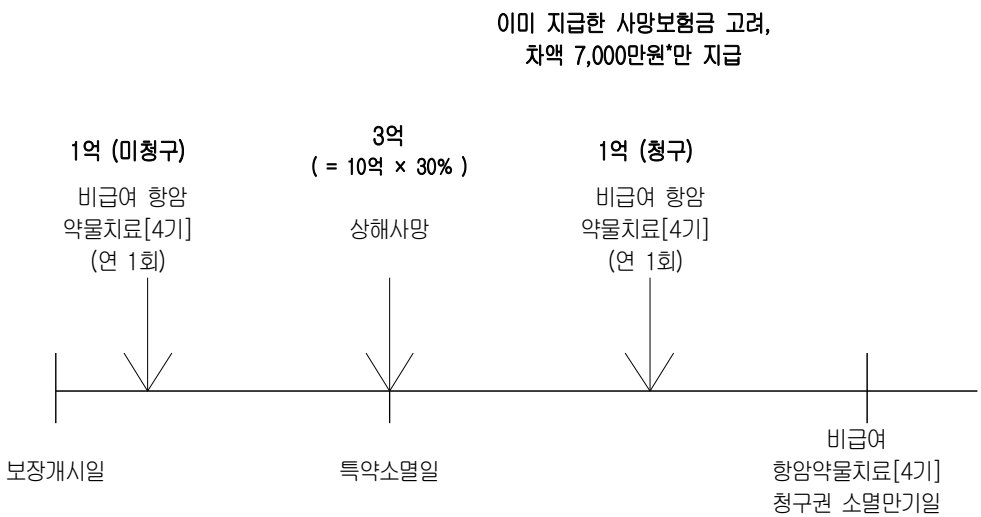
보험금 지급전 잔고	10억	9.9억	9.4억		8.4억	
보험금 지급후 잔고	9.9억	9.4억	8.4억		8.3억	**0원 (특약소멸)**
이미 지급한 보험금 합계	1천만	6천만	1.6억	…	1.7억	
지급보험금	1천만	5천만	1억		1천만	**8.3억×30% = 2.49억**



㉝ 제1조(보험금의 지급사유) 제11호 '일반상해사망 보험금'이 지급된 이후에, 동조 제1호 내지 제10호에 해당하는 보험금을 청구하는 경우, 이미 지급한 제11호의 보험금을 고려한 차액을 지급하여 드립니다.

[제33항 관련 예시]

보험금 지급전 잔고	10억	**10억**	-
보험금 지급후 잔고	10억	**0원 (특약소멸)**	-
이미 지급한 보험금 합계	-	3억	3.7억
지급보험금	-	**3억**	**7,000만원**



※ 상해사망 보험금 지급 이후 청구 건에 대한 지급금 산정

1. 비급여 항암약물치료[4기] 보험금 정상 지급 가정 시 내역
   (1) 비급여 항암약물치료[4기] 보험금 : 1억원
   (2) 상해사망 보험금 : (10억원 - 1억원) × 30% = 2.7억원
   → 합산 금액 : 3.7억원
2. 차액 산정
   (1) 이미 지급한 상해사망 보험금 : 3억원
   (2) 비급여 항암약물치료[4기] 보험금 지급 가능 금액
   → 상기 '합산 금액'에서 '이미 지급한 상해사망 보험금'을 제외한 7,000만원 지급

㉞ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유 및 제6조(「수술」의 정의와 장소)에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제12조의2(보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자에게 다음에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 「선지급 보험금」을 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여 암수술」 또는 「비급여 항암방사선치료」을 받기 위해 치료일자 예약 후 제14조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다.
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」으로 진단 확정되고

「1~3기암(병기구분불가암포함)」 또는 「4기암」의 직접적인 치료를 목적으로 「비급여 항암약물치료」를 받기 위해 치료일자 예약 후 제14조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우에는 「선지급 보험금」을 지급합니다.

② 제1항의 「선지급 보험금」이란 예약된 치료일자를 기준으로 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 말합니다. 단, 「선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.

③ 「선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 제2항을 적용합니다.

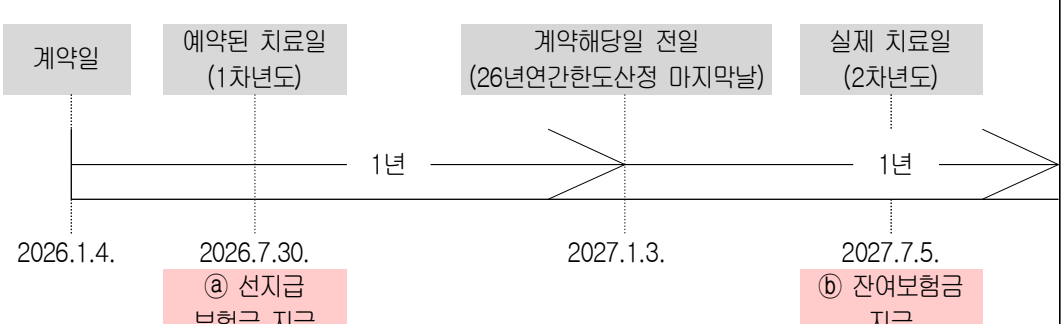
④ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자, 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 아래에서 정한 사항에 해당하는 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야 합니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우
2. 제13조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에 해당하는 경우

⑥ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호에 따라 지급되는 보험금에서 「선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 치료일자와 다르게 실제 치료일자가 변경된 경우, 실제 치료일자를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다.

【 실제 치료일자가 변경된 경우 잔여보험금 보상예시 】



ⓐ 선지급 보험금 : 실제 치료일자가 2차년도로 변경되었으므로, 해당 선지급 보험금은 2차년도에 산입
ⓑ 잔여보험금 : 2차년도 보험금에서 1차년도에 이미 지급된 선지급 보험금(ⓐ)을 차감한 금액을 지급

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자로부터 3년 이내에 잔여보험금을 청구하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다. 다만, 피보험자가 정당한 사유 없이 이에 협조하지 않을 경우 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유가 발생한 것으로 보아 제8항 및 제9항을 적용합니다.

⑧ 제7항에 따라 회사는 제5항에서 정한 「선지급 보험금」 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 이미 지급한 「선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

⑨ 제5항 및 제8항에 따라 「선지급 보험금」에 대한 반환금이 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)

제1호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유 발생시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

제13조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제11호 보장의 경우, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 및 제2항을 모두 따릅니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 내지 제8호, 제10호의 경우, 아래 각 호에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에도 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 제1조(보험금의 지급사유) 제6호 내지 제8호, 제10호의 경우, 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대해서도 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 및 제10호의 경우, 회사는 제9차 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병수술비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
5. 비만(E66) 수술
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)

⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제8호 및 제10호의 경우, 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대

상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제14조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
   1. 청구서(회사양식)
   2. 사고증명서(진료비세부내역서, 사망진단서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
   5. 「선지급 보험금」을 청구할 경우 : 진단서, 치료 예약 확인서(치료 예정 병원, 치료 예정 일자, 치료내용 포함), 진료기록부 등

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제15조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제16조(특별약관의 취소)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이전에 특별약관을 취소할 수 있으며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약일부터 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」이 발생하였으나 계약자가 특별약관의 취소를 선택하지 않은 때에는 보험계약일부터 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」이 발생한 경우라도, 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호, 제6호 보험금을 지급하지 않습니다.

제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 제1호에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제18조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 「잔고」가 없는 경우 또는 제1조(보험금의 지급사유) 제11호 '일반상해사망 보험금' 지급사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제19조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

8-1. 가정간호치료비(급여_연간20회한)(통합간편가입형) 특별약관

8-1-1. 가정간호치료비(급여_연간20회한)(통합간편가입형) 특별약관

8-1-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 가정간호치료비(급여_연간20회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병의 직접적인 결과로써 제2조(「가정간호」 및 「가정간호 대상자」의 정의)의 「가정간호 대상자」에 해당되어 제3조(「가정간호치료(급여)」의 정의)의 「가정간호치료(급여)」를 받은 경우 아래의 금액을 지급
   다만, 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 하루에 2회 이상 치료 시에도 1일 1회에 한하여 지급하며, 연간20회를 한도로 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
가정간호치료비(급여_연간 20회한)	이 특별약관의 보험가입금액(연간 20회한)

제2조(「가정간호」 및 「가정간호 대상자」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「가정간호」라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 가정에서 계속적인 치료와 관리가 필요하다고 인정한 경우로서 「의료법」제33조(개설 등) 및 「의료법 시행규칙」제24조(가정간호)에 의한 가정전문간호사가 환자 가정을 직접 방문하여 간호 등을 제공하는 제도를 말합니다.

② 「가정간호」 대상자는 의료기관에서 입원진료 후 조기 퇴원한 환자와 입원이 요구되는 외래 및 응급실 환자 중 의사가 가정에서 계속적인 치료와 관리가 필요하다고 인정한 경우로서 수술 후 조기퇴원환자, 만성질환자(고혈압, 당뇨, 암 등), 만성폐쇄성호흡기질환자, 산모 및 신생아, 뇌혈관질환자, 기타 의사가 「가정간호」가 필요하다고 인정하는 환자 등(이하 「가정간호 대상자」라 합니다)을 말합니다.

제3조(「가정간호치료(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서 「가정간호치료(급여)」라 함은 진료비세부내역서상「가정간호치료(급여) 분류표」(【별표5】참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 「가정간호치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 「가정간호치료(급여)」 의료행위를 받은 날로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)의 가정간호치료비(급여_연간20회한)는 「가정간호치료(급여)」의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 하루에 2회 이상 치료 시 1회에 한하여 지급하며, 연간20회를 한도로 지급합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

8-2. 가정간호치료비(급여_연간20회한) 특별약관
8-2-1. 가정간호치료비(급여_연간20회한) 특별약관

8-2-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 가정간호치료비(급여_연간20회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병의 직접적인 결과로써 제2조(「가정간호」 및 「가정간호 대상자」의 정의)의 「가정간호 대상자」에 해당되어 제3조(「가정간호치료(급여)」의 정의)의 「가정간호치료(급여)」를 받은 경우 아래의 금액을 지급 다만, 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 하루에 2회 이상 치료 시에도 1일 1회에 한하여 지급하며, 연간20회를 한도로 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
가정간호치료비(급여_연간 20회한)	이 특별약관의 보험가입금액(연간 20회한)

제2조(「가정간호」 및 「가정간호 대상자」의 정의)
① 이 특별약관에 있어서 「가정간호」라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 가정에서 계속적인 치료와 관리가 필요하다고 인정한 경우로서 「의료법」제33조(개설 등) 및 「의료법 시행규칙」제24조(가정간호)에 의한 가정전문간호사가 환자 가정을 직접 방문하여 간호 등을 제공하는 제도를 말합니다.

② 「가정간호」 대상자는 의료기관에서 입원진료 후 조기 퇴원한 환자와 입원이 요구되는 외래 및 응급실 환자 중 의사가 가정에서 계속적인 치료와 관리가 필요하다고 인정한 경우로서 수술 후 조기퇴원환자, 만성질환자(고혈압, 당뇨, 암 등), 만성폐쇄성호흡기질환자, 산모 및 신생아, 뇌혈관질환자, 기타 의사가 「가정간호」가 필요하다고 인정하는 환자 등(이하 「가정간호 대상자」라 합니다)을 말합니다.

제3조(「가정간호치료(급여)」의 정의)
① 이 특별약관에서 「가정간호치료(급여)」라 함은 진료비세부내역서상「가정간호치료(급여) 분류표」(【별표5】참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 「가정간호치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 「가정간호치료(급여)」 의료행위를 받은 날로 합니다. 다만, 해당년도의

계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)의 가정간호치료비(급여_연간20회한)는 「가정간호치료(급여)」의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 하루에 2회 이상 치료 시 1회에 한하여 지급하며, 연간20회를 한도로 지급합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

9-1. 상급종합병원 가정간호치료비(급여_연간20회한)(통합간편가입형) 특별약관

9-1-1. 상급종합병원 가정간호치료비(급여_연간20회한)(통합간편가입형) 특별약관

9-1-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원 가정간호치료비(급여_연간20회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병의 직접적인 결과로써 제2조(「상급종합병원 가정간호」 및 「상급종합병원 가정간호 대상자」의 정의)의 「상급종합병원 가정간호 대상자」에 해당되어 「상급종합병원」에서 제3조(「상급종합병원 가정간호치료(급여)」의 정의)의 「상급종합병원 가정간호치료(급여)」를 받은 경우 아래의 금액을 지급
   다만, 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 하루에 2회 이상 치료 시에도 1일 1회에 한하여 지급하며, 연간20회를 한도로 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
상급종합병원 가정간호치료비 (급여_연간20회한)	이 특별약관의 보험가입금액 (연간 20회한)

제2조(「상급종합병원 가정간호」 및 「상급종합병원 가정간호 대상자」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「상급종합병원 가정간호」라 함은 「상급종합병원」에 소속된 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 가정에서 계속적인 치료와 관리가 필요하다고 인정한 경우로서 「의료법」제33조(개설 등) 및 「의료법 시행규칙」제24조(가정간호)에 의한 가정전문간호사가 환자 가정을 직접 방문하여 간호 등을 제공하는 제도를 말합니다.

② 「상급종합병원 가정간호」 대상자는 「상급종합병원」에서 입원진료 후 조기 퇴원한 환자와 입원이 요구되는 외래 및 응급실 환자 중 의사가 가정에서 계속적인 치료와 관리가 필요하다고 인정한 경우로서 수술 후 조기퇴원환자, 만성질환자(고혈압, 당뇨, 암 등), 만성폐쇄성호흡기질환자, 산모 및 신생아, 뇌혈관질환자, 기타 의사가 「상급종합병원 가정간호」가 필요하다고 인정하는 환자 등(이하 「상급종합병원 가정간호 대상자」라 합니다)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
   1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
   2. 제77조 제1항에 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.

제3조(「상급종합병원 가정간호치료(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서 「상급종합병원 가정간호치료(급여)」라 함은 진료비세부내역서상「상급종합병원 가정간호치료(급여) 분류표」(【별표61】 참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 「상급종합병원 가정간호치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 「상급종합병원 가정간호치료(급여)」 의료행위를 받은 날로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 가정간호치료비(급여_연간20회한)는 「상급종합병원 가정간호치료(급여)」의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 하루에 2회 이상 치료 시 1회에 한하여 지급하며, 연간20회를 한도로 지급합니다.

④ 피보험자가 「상급종합병원」이외의 병원에 가정간호치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 상급종합병원 가정간호치료비(급여_연간20회한)를 지급합니다.

⑤ 피보험자가 「상급종합병원」에 가정간호치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이 취소된 경우 「상급종합병원」의 지정 취소 적용일 전일까지의 가정간호치료에 대하여 상급종합병원 가정간호치료비(급여_연간20회한)를 지급합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

9-2. 상급종합병원 가정간호치료비(급여_연간20회한) 특별약관

9-2-1. 상급종합병원 가정간호치료비(급여_연간20회한) 특별약관

9-2-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원 가정간호치료비(급여_연간20회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병의 직접적인 결과로써 제2조(「상급종합병원 가정간호」 및 「상급종합병원 가정간호 대상자」의 정의)의 「상급종합병원 가정간호 대상자」에 해당되어 「상급종합병원」에서 제3조(「상급종합병원 가정간호치료(급여)」의 정의)의 「상급종합병원 가정간호치료(급여)」를 받은 경우 아래의 금액을 지급 다만, 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 하루에 2회 이상 치료 시에도 1일 1회에 한하여 지급하며, 연간20회를 한도로 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
상급종합병원 가정간호치료비 (급여_연간20회한)	이 특별약관의 보험가입금액 (연간 20회한)

제2조(「상급종합병원 가정간호」 및 「상급종합병원 가정간호 대상자」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「상급종합병원 가정간호」라 함은 「상급종합병원」에 소속된 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 가정에서 계속적인 치료와 관리가 필요하다고 인정한 경우로서 「의료법」제33조(개설 등) 및 「의료법 시행규칙」제24조(가정간호)에 의한 가정전문간호사가 환자 가정을 직접 방문하여 간호 등을 제공하는 제도를 말합니다.

②「상급종합병원 가정간호」 대상자는 「상급종합병원」에서 입원진료 후 조기 퇴원한 환자와 입원이 요구되는 외래 및 응급실 환자 중 의사가 가정에서 계속적인 치료와 관리가 필요하다고 인정한 경우로서 수술 후 조기퇴원환자, 만성질환자(고혈압, 당뇨, 암 등), 만성폐쇄성호흡기질환자, 산모 및 신생아, 뇌혈관질환자, 기타 의사가 「상급종합병원 가정간호」가 필요하다고 인정하는 환자 등(이하 「상급종합병원 가정간호 대상자」라 합니다)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조 제1항에 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.

제3조(「상급종합병원 가정간호치료(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서 「상급종합병원 가정간호치료(급여)」라 함은 진료비세부내역서상「상급종합병원 가정간호치료(급여) 분류표」(【별표61】참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 「상급종합병원 가정간호치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 「상급종합병원 가정간호치료(급여)」 의료행위를 받은 날로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 가정간호치료비(급여_연간20회한)는 「상급종합병원 가정간호치료(급여)」의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 하루에 2회 이상 치료 시 1회에 한하여 지급하며, 연간20회를 한도로 지급합니다.

④ 피보험자가 「상급종합병원」이외의 병원에 가정간호치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 상급종합병원 가정간호치료비(급여_연간20회한)를 지급합니다.

⑤ 피보험자가 「상급종합병원」에 가정간호치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이 취소된 경우 「상급종합병원」의 지정 취소 적용일 전일까지의 가정간호치료에 대하여 상급종합병원 가정간호치료비(급여_연간20회한)를 지급합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

10-1. 근골격계 통합치료비(통합간편가입형) 특별약관

10-1-1. 근골격계 통합치료비(통합간편가입형) 특별약관

10-1-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 이 특별약관은 아래의 총 7개의 세부보장으로 나뉩니다.

보 장
1) 관절경검사지원비(급여,연간1회한) 보장 2) 주요관절손상수술비(급여,연간1회한) 보장 3) 관절질환수술비Ⅱ(연간1회한) 보장 4) 6대인공관절치환수술비(연간1회한) 보장 5) 관절통증주사치료비(급여,연간5회한) 보장 6) 무릎관절연골손상(중증)진단비Ⅱ(최초1회한) 보장 7) 무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료비(최초1회한) 보장

② 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. **관절경검사지원비(급여,연간1회한)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제2조(「급여 관절경검사」의 정의)에서 정한 「급여 관절경검사」에 해당하는 '의료행위'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
관절경검사지원비(급여,연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액

2. **주요관절손상수술비(급여,연간1회한)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 제3조(「주요관절손상」의 정의)에서 정한「주요관절손상」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(「급여 주요관절손상수술치료」의 정의)에서 정한「급여 주요관절손상수술치료」를 받은 경우에는 아래 구분에 따라 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분		지 급 금 액
주요관절손상수술비 (급여,연간1회한)	주요관절(팔꿈치,손목,발목)손상수술치료 (연간1회한)	이 세부보장 보험가입금액
	주요관절(어깨,무릎)손상수술치료 (연간1회한)	이 세부보장 보험가입금액
	주요관절(고관절)손상수술치료 (연간1회한)	이 세부보장 보험가입금액

3. **관절질환수술비Ⅱ(연간1회한)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(「관절질환」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「관절질환」의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(「관절경수술」 및 「관절경외수술」의 정의)에서 정한 「관절경수술」 및 「관절경외수술」을 받은 경우에 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
관절질환수술비Ⅱ (연간1회한)	관절경수술 (연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 25%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50%
	관절경외수술 (연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액

4. **6대인공관절치환수술비(연간1회한)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(「6대인공관절치환수술 대상질환」의 정의)에서 정한「6대인공관절치환수술 대상질환」의 치료를 직접적인 목적으로 제9조(「6대인공관절치환수술」의 정의)에서 정한 「인공관절부분치환수술」 및 「인공관절전치환수술」받은 경우

에는 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
6대인공관절치환수술비 (연간1회한)	부분치환 (연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 25%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50%
	전치환 (연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액

5. **관절통증주사치료비(급여,연간5회한)** : 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 가목 또는 나목에 해당하고, 병원에 입원중에 「급여 관절통증주사치료」(이하"입원 급여 관절통증주사치료"라 합니다.)를 받은 경우 또는 통원하여 「급여 관절통증주사치료」(이하"외래 급여 관절통증주사치료"라 합니다.)를 받은 경우에는 각각 1일 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급. 「관절통증주사치료비(급여,연간5회한)」 보험금은 연간 발생한 "입원 급여 관절통증주사치료"와 "외래 급여 관절통증주사치료" 횟수를 합산하여 연간 최대 5회 한도로 지급.
   가. 보험기간 중에 상해가 발생한 경우
   나. 제10조(「근골격계통 및 결합조직의 질환」 등의 정의)에서 정한 「근골격계통 및 결합조직의 질환」의 치료로 인한 경우

구 분	지 급 금 액
관절통증주사치료비 (급여,연간5회한)	이 세부보장 보험가입금액

6. **무릎관절연골손상(중증)진단비Ⅱ(최초1회한)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제13조(「무릎관절증」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「무릎관절증」으로 진단을 받고, 제14조(「무릎관절연골손상(중증)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「무릎관절연골손상(중증)」으로 진단이 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
무릎관절연골손상(중증) 진단비Ⅱ(최초1회한)	계약일로부터 180일미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 20%
	계약일로부터 180일이상 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액

7. **무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료비(최초1회한)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제14조(「무릎관절연골손상(중증)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「무릎관절연골손상(중증)」의 직접적인 치료를 목적으로 제15조(「무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료」의 정의) 에서 정한 「무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료」를 받은 경우에는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료비(최초1회한)	계약일로부터 180일미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 20%
	계약일로부터 180일이상 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액

제2조(「급여 관절경검사」의 정의)

① 이 특별약관에서「급여 관절경검사」라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병 또는 상해의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에「급여 관절경검사 분류표」(【별표107】참조)에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

의료행위

의료행위란 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

관절경검사 보장 예시

피보험자가 '관절경검사'를 받고 'E7500' 또는 'E7501'의 수가코드를 받은 경우
→ 보험금 지급
피보험자가 관절경하 수술을 받고 'E7500' 및 'E7501' 이외의 수가코드만 받은 경우
→ 보험금 부지급

② 제1항의 「급여 관절경검사」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 검사료 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 검사 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제3조(「주요관절손상」의 정의)

이 특별약관에서 「주요관절손상」이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 「주요관절손상 분류표」(【별표108】참조)에 해당하는 상병을 말합니다.

제4조(「급여 주요관절손상수술치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「급여 주요관절손상수술치료」라 함은 「주요관절손상」의 치료를 목적으로 「급여 주요관절손상수술치료 대상 수가코드 분류표」(【별표109】참조)에 해당하는 수술을 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 의료행위 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(「관절질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「관절질환」이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 「관절질환」으로 분류되는 질병(「관절질환 분류표」,【별표110】참조)을 말합니다.

② 제1항의 「관절질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 '의사'라고 합니다)에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 '무릎관절증'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제7조(「관절경수술」 및 「관절경외수술」의 정의)

① 이 특별약관에서「관절경수술」이라 함은 제6조(「수술」의 정의와 장소) 제1항 내지 제4항의 「수술」의 정의에 부합하며 관절 내부를 영상을 통해 관찰할 수 있는 특수의료기구인 '관절내시경(Arthroscopy)'을 피부에 작은 절개를 가하여 관절 내에 삽입하고, 이를 이용한 영상을 보면서 시행하는 수술행위를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「관절경외수술」이라 함은 제6조(「수술」의 정의와 장소) 제1항 내지 제4항의 「수술」의 정의에 부합하며 제1항의 「관절경수술」에는 해당하지 않는 수술행위를 말합니다.

제8조(「6대인공관절치환수술 대상질환」의 정의)

① 이 특별약관에서 「6대인공관절치환수술 대상질환」이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 「6대인공관절치환수술 대상질환 분류표」(【별표111】참조)에 해당하는 질병 및 상병을 말합니다.

② 제1항의 「6대인공관절치환수술 대상질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제9조(「6대인공관절치환수술」의 정의)

① 이 특별약관에서 「6대인공관절치환수술」이라 함은 고관절(엉덩이 관절), 견관절(어깨 관절), 슬관절(무릎관절), 주관절(팔꿈치 관절), 완관절(손목 관절) 또는 족관절(발목 관절)에 대해 전부 또는 일부 손상된 관절을 제거하고 인공적으로 만든 관절(특수 소재를 사용한 인공적 신체의 관절로 이하 '인공관절' 이라 합니다)을 삽입하여 치환하여 줌으로써 원래의 관절 기능을 회복시켜주는 「인공관절전치환수술」 또는 「인

공관절부분치환수술」을 말합니다.
② 제1항의 「6대인공관절치환수술」에서 관절을 성형하는 수술 및 처치 또는 인공관절이 아닌 금속내고정술, 외고정술 등은 모두 보장에서 제외합니다.

제10조(「근골격계통 및 결합조직의 질환」 등의 정의)

① 이 특약에서 「근골격계통 및 결합조직의 질환」이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 「근골격계통 및 결합조직의 질환 분류표」(【별표112】 참조)에 해당하는 상병을 말합니다.
② 「근골격계통 및 결합조직의 질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제11조 (「급여 관절통증주사치료」 등의 정의)

① 이 특약에서 「급여 관절통증주사치료」라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.
② 이 특약에서 「급여 관절통증주사치료」라 함은 치료를 목적으로 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 아래의 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
신경간내주사	KK061
건초내주사	KK062
관절강내주사	KK090

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 계약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 및 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 「급여 관절통증주사치료」에 준하여 「급여 관절통증주사치료」를 결정합니다.
④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제2항에서 정한 「급여 관절통증주사치료」 외에 「급여 관절통증주사치료」에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제12조(「입원」 및 「통원」의 정의)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「상해」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여「상해」의 치료가 필요하다고 인정된 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.

제13조(「무릎관절증」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「무릎관절증」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「무릎관절증 분류표」(【별표113】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
②「무릎관절증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 '의사'라고 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 방사선단순영상(X-ray), 전산화단층영상(CT), 자기공명영상(MRI) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 '무릎관절증'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제14조(「무릎관절연골손상(중증)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「무릎관절연골손상(중증)」이라 함은 제13조(「무릎관절증」의 정의 및 진단확정)에서 정한「무릎관절증」으로 진단확정되고, 국제 연골재생 및 관절보존협회(International Cartilage Regeneration & Joint Preservation Society)에서 규정한 연골결손 깊이에 따른 연골손상 분류법(이하 'ICRS Grade'라 합니다)에 따라 무릎관절연골손상 4등급(연골의 심각한 결손으로 소실되어 연골하부의 뼈가 노출된 상태)인 경우를 말합니다.

②「무릎관절연골손상(중증)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 '의사'라고 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 자기공명영상(MRI) 또는 관절경검사(Arthroscopy) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「무릎관절연골손상(중증)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제15조(「무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료」라 함은 「무릎관절연골손상(중증)」의 치료를 목적으로, 노출된 연골하골 부위에 여러 개의 구멍을 뚫어 출혈을 일으킨 뒤 「무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료제」를 투여하여 연골 재생을 유도하는 치료를 말합니다. 단, 노출된 연골하골부위에 구멍을 뚫지 않고, 무릎연골결손부위에 약물을 단순 주입하는 치료는 「무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료」에 해당하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 ICRS Grade가 4등급인 경우라 할지라도 골관절염의 방사선적 진단법 중 하나인 Kellgren and Lawrence Grade가 4등급인 경우에는 「무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료」에 해당하지 않습니다.

[Kellgren Lawrence Grade]
방사선 사진 상에서 관절 간격의 감소로 관절의 골극형성이나 연골 소실 등의 이상소견을 나타내는 평가지표를 말합니다.

[Kellgren Lawrence Grade 4등급]
현저한 관절 간격의 협착, 뚜렷한 골극형성 및 골경화가 관찰되고 분명한 골 변형이 동반된 상태를 말합니다.

③ 제1항에서 「무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료제」라 함은 「무릎관절연골손상(중증)」의 치료를 목적으로 "첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률" 제2조 제7호에 따른 세포치료제 중 완제품의 주성분이 「동종 제대혈 유래 중간엽 줄기세포」(Allogenic Umbilical Cord Blood derived Mesenchymal Stem Cells)인 경우를 말하며, 약사법 제31조, 제35조 및 제42조에 따라 승인된 의약품을 말합니다.

[무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내]
「무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료제」에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2026년 9월 기준「무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료제」에 해당하는 의약품명 및 성분명을「무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료제 해당 의약품명 및 성분명」(【별표114】 참조)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

[첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률 제2조 제7호]
가. 세포치료제: 사람 또는 동물의 살아 있는 세포를 체외에서 배양·증식하거나 선별하는 등 물리적, 화학적 또는 생물학적 방법으로 조작하여 제조한 의약품. 다만, 생물학적 특성이 유지되는 범위에서 단순분리, 세척, 냉동, 해동 등의 최소한의 조작을 통하여 제조된 것으로서 총리령으로 정하는 것은 제외한다.

④ 제3항의「동종 제대혈 유래 중간엽 줄기세포」라 함은 타인의 제대혈에서 추출하고 배양한 줄기세포를 말하며, 환자 자신의 골수나 지방조직 등에서 추출하고 배양한 자가 유래 중간엽 줄기세포는 해당되지 않습니다.

제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호의 관절경검사지원비(급여,연간1회한)는 연간 2가지 이상의 서로 다른 관절 부위에 대하여 「급여 관절경검사」를 받은 경우에도 연간 1회에 한하여 지급합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호의 주요관절(팔꿈치,손목,발목)손상수술치료(연간1회한)은 연간 2가지 이상의 서로 다른 팔꿈치, 손목 또는 발목에「급여 주요관절손상수술치료」를 받은 경우에도 연간 1회에 한하여 지급합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호의 주요관절(팔꿈치,손목,발목)손상수술치료(연간1회한)은 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 관절질환수술비Ⅱ(연간1회한)만 지급합니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호의 주요관절(어깨,무릎)손상수술치료(연간1회한)은 연간 2가지 이상의 서로 다른 어깨 또는 무릎에「급여 주요관절손상수술치료」를 받은 경우에도 연간 1회에 한하여 지급합니다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호의 주요관절(어깨,무릎)손상수술치료(연간1회한)은 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 관절질환수술비Ⅱ(연간1회한)만 지급합니다.

⑦ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호의 주요관절(고관절)손상수술치료(연간1회한)은 연간 2가지 이상의 서로 다른 고관절에「급여 주요관절손상수술치료」를 받은 경우에도 연간 1회에 한하여 지급합니다.

⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호의 주요관절(고관절)손상수술치료(연간1회한)은 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 관절질환수술비Ⅱ(연간1회한)만 지급합니다.

⑨ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제3호의 관절경수술(연간1회한)은 연간 2가지 이상의 서로 다른 관절 부위에 대하여 「관절경수술」을 받은 경우에도 연간 1회에 한하여 지급합니다.

⑩ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제3호의 관절경수술(연간1회한)은 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 관절질환수술비Ⅱ(연간1회한)만 지급합니다.

⑪ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제3호의 관절경외수술(연간1회한)은 연간 2가지 이상의 서로 다른 관절 부위에 대하여 「관절경외수술」을 받은 경우에도 연간 1회에 한하여 지급합니다.

⑫ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제3호의 관절경외수술(연간1회한)은 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 관절질환수술비Ⅱ(연간1회한)만 지급합니다.

⑬ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제4호의 6대인공관절(전치환)수술비(연간1회한)는 연간 2가지 이상의 서로 다른 관절 부위에 대하여 「인공관절전치환수술」을 받은 경우에도 연간 1회에 한하여 지급합니다.

⑭ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제4호의 6대인공관절(전치환)수술비(연간1회한)은 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 관절질환수술비Ⅱ(연간1회한)만 지급합니다.

⑮ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제4호의 6대인공관절(부분치환)수술비(연간1회한)는 연간 2가지 이상의 서로 다른 관절 부위에 대하여 「인공관절부분치환수술」을 받은 경우에도 연간 1회에 한하여 지급합니다.

⑯ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제4호의 6대인공관절(부분치환)수술비(연간1회한)은 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 관절질환수술비Ⅱ(연간1회한)만 지급합니다.

⑰ 아래의 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제5호의 “입원 급여 관절통증주사치료”와 “외래 급여 관절통증주사치료” 각각에 대해 1일 1회에 한하여 보장합니다.

1. 피보험자가 동일한 날에 “입원 급여 관절통증주사치료”를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 “외래 급여 관절통증주사치료”를 받은 경우

2. 피보험자가 동일한 날에 “외래 급여 관절통증주사치료”를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 “입원 급여 관절통증주사치료”를 받은 경우

⑱ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제17조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제18조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다)
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)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제19조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제6호의 경우 무릎관절연골손상(중증)진단비Ⅱ(최초1회한) 지급사유가 발생한 경우에는 해당 세부보장은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 소멸되는 부분에 대한 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제7호의 경우 무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료비(최초1회한) 지급사유가 발생한 경우에는 해당 세부보장은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 소멸되는 부분에 대한 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제20조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

10-2. 근골격계 통합치료비 특별약관

10-2-1. 근골격계 통합치료비 특별약관

10-2-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 이 특별약관은 아래의 총 7개의 세부보장으로 나뉩니다.

보 장
1) 관절경검사지원비(급여,연간1회한) 보장
2) 주요관절손상수술비(급여,연간1회한) 보장
3) 관절질환수술비Ⅱ(연간1회한) 보장
4) 6대인공관절치환수술비(연간1회한) 보장
5) 관절통증주사치료비(급여,연간5회한) 보장
6) 무릎관절연골손상(중증)진단비Ⅱ(최초1회한) 보장
7) 무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료비(최초1회한) 보장

② 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. **관절경검사지원비(급여,연간1회한)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제2조(「급여 관절경검사」의 정의)에서 정한 「급여 관절경검사」에 해당하는 '의료행위'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
관절경검사지원비(급여,연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액

2. **주요관절손상수술비(급여,연간1회한)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 제3조(「주요관절손상」의 정의)에서 정한「주요관절손상」으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(「급여 주요관절손상수술치료」의 정의)에서 정한「급여 주요관절손상수술치료」를 받은 경우에는 세부보장별로 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분		지 급 금 액
주요관절손상수술비 (급여,연간1회한)	주요관절(팔꿈치,손목,발목)손상수술치료 (연간1회한)	이 세부보장 보험가입금액
	주요관절(어깨,무릎)손상수술치료 (연간1회한)	이 세부보장 보험가입금액
	주요관절(고관절)손상수술치료 (연간1회한)	이 세부보장 보험가입금액

3. **관절질환수술비Ⅱ(연간1회한)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(「관절질환」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「관절질환」으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 제7조(「관절경수술」 및 「관절경외수술」의 정의)에서 정한 「관절경수술」 및 「관절경외수술」을 받은 경우에 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
관절질환수술비Ⅱ (연간1회한)	관절경수술 (연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 25%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50%
	관절경외수술 (연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액

4. **6대인공관절치환수술비(연간1회한)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(「6대인공관절치환수술 대상질환」의 정의)에서 정한「6대인공관절치환수술 대상질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제9조(「6대인공관절치환수술」의 정의)에서 정한 「인공관절부분치환수술」 및 「인공관절전치환수술」받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
6대인공관절치환수술비 (연간1회한)	부분치환 (연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 25%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50%
	전치환 (연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액

5. **관절통증주사치료비(급여,연간5회한)** : 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 가목 또는 나목에 해당하고, 병원에 입원중에 「급여 관절통증주사치료」(이하"입원 급여 관절통증주사치료"라 합니다.)를 받은 경우 또는 통원하여 「급여 관절통증주사치료」(이하"외래 급여 관절통증주사치료"라 합니다.)를 받은 경우에는 각각 1일 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급. 「관절통증주사치료비(급여,연간5회한)」보험금은 연간 발생한 "입원 급여 관절통증주사치료"와 "외래 급여 관절통증주사치료" 횟수를 합산하여 연간 최대 5회 한도로 지급.
   가. 보험기간 중에 상해가 발생한 경우
   나. 보험기간 중에 제10조(「근골격계통 및 결합조직의 질환」등의 정의)에서 정한「근골격계통 및 결합조직의 질환」으로 진단확정된 경우

구 분	지 급 금 액
관절통증주사치료비 (급여,연간5회한)	이 세부보장 보험가입금액

6. **무릎관절연골손상(중증)진단비Ⅱ(최초1회한)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제13조(「무릎관절증」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「무릎관절증」으로 진단을 받고, 제14조(「무릎관절연골손상(중증)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「무릎관절연골손상(중증)」으로 진단이 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
무릎관절연골손상(중증) 진단비Ⅱ(최초1회한)	계약일로부터 180일미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 20%
	계약일로부터 180일이상 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액

7. **무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료비(최초1회한)** : 이 특별약관의 보험기간 중에 제13조(「무릎관절증」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「무릎관절증」으로 진단을 받고, 제14조(「무릎관절연골손상(중증)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「무릎관절연골손상(중증)」으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 제15조(「무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료」의 정의) 에서 정한 「무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료」를 받은 경우에는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료비(최초1회한)	계약일로부터 180일미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 20%
	계약일로부터 180일이상 1년미만 발생시	이 세부보장 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 세부보장 보험가입금액

제2조(「급여 관절경검사」의 정의)

① 이 특별약관에서「급여 관절경검사」라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병 또는 상해의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에「급여 관절경검사 분류표」(【별표107】참조)에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

의료행위

의료행위란 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

관절경검사 보장 예시

피보험자가 '관절경검사'를 받고 'E7500' 또는 'E7501'의 수가코드를 받은 경우
→ 보험금 지급
피보험자가 관절경하 수술을 받고 'E7500' 및 'E7501' 이외의 수가코드만 받은 경우
→ 보험금 부지급

② 제1항의 「급여 관절경검사」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 검사료 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 검사 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제3조(「주요관절손상」의 정의)

이 특별약관에서 「주요관절손상」이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 「주요관절손상 분류표」(【별표108】참조)에 해당하는 상병을 말합니다.

제4조(「급여 주요관절손상수술치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「급여 주요관절손상수술치료」라 함은 「주요관절손상」의 치료를 목적으로 「급여 주요관절손상수술치료 대상 수가코드 분류표」(【별표109】참조)에 해당하는 수술을 말합니다.

② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가

치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 의료행위 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(「관절질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「관절질환」이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 「관절질환」으로 분류되는 질병(「관절질환 분류표」, 【별표110】 참조)을 말합니다.

② 제1항의 「관절질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 '의사'라고 합니다)에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 '무릎관절증'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어의 정의

- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제7조(「관절경수술」 및 「관절경외수술」의 정의)

① 이 특별약관에서 「관절경수술」이라 함은 제6조(「수술」의 정의와 장소) 제1항 내지 제4항의 「수술」의 정의에 부합하며 관절 내부를 영상을 통해 관찰할 수 있는 특수의료기구인 '관절내시경(Arthroscopy)'을 피부에 작은 절개를 가하여 관절 내에 삽입하고, 이를 이용한 영상을 보면서 시행하는 수술행위를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「관절경외수술」이라 함은 제6조(「수술」의 정의와 장소) 제1항 내지 제4항의 「수술」의 정의에 부합하며 제1항의 「관절경수술」에는 해당하지 않는 수술행위를 말합니다.

제8조(「6대인공관절치환수술 대상질환」의 정의)

① 이 특별약관에서 「6대인공관절치환수술 대상질환」이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 「6대인공관절치환수술 대상질환 분류표」(【별표111】 참조)에 해당하는 질병 및 상병을 말합니다.

② 제1항의 「6대인공관절치환수술 대상질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제9조(「6대인공관절치환수술」의 정의)

① 이 특별약관에서 「6대인공관절치환수술」이라 함은 고관절(엉덩이 관절), 견관절(어깨 관절), 슬관절(무릎관절), 주관절(팔꿈치 관절), 완관절(손목 관절) 또는 족관절(발목 관절)에 대해 전부 또는 일부 손상된 관절을 제거하고 인공적으로 만든 관절(특수 소재를 사용한 인공적 신체의 관절로 이하 '인공관절' 이라 합니다)을 삽입하여 치환하여 줌으로써 원래의 관절 기능을 회복시켜주는 「인공관절전치환수술」 또는 「인공관절부분치환수술」을 말합니다.

② 제1항의 「6대인공관절치환수술」에서 관절을 성형하는 수술 및 처치 또는 인공관절이 아닌 금속내고정술, 외고정술 등은 모두 보장에서 제외합니다.

제10조(「근골격계통 및 결합조직의 질환」등의 정의)

① 이 특약에서 「근골격계통 및 결합조직의 질환」이라 함은 제9차 한국표준질병사인분류에 있어서 「근골격계통 및 결합조직의 질환 분류표」(【별표112】 참조)에 해당하는 상병을 말합니다.

② 「근골격계통 및 결합조직의 질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제11조 (「급여 관절통증주사치료」등의 정의)

① 이 특약에서 「급여 관절통증주사치료」라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

② 이 특약에서 「급여 관절통증주사치료」라 함은 치료를 목적으로 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 아래의 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
신경간내주사	KK061
건초내주사	KK062
관절강내주사	KK090

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 계약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 및 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 「급여 관절통증주사치료」에 준하여 「급여 관절통증주사치료」를 결정합니다.

④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제2항에서 정한 「급여 관절통증주사치료」 외에 「급여 관절통증주사치료」에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제12조(「입원」 및 「통원」의 정의)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「상해」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여「상해」의 치료가 필요하다고 인정된 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.

제13조(「무릎관절증」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「무릎관절증」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「무릎관절증 분류표」(【별표113】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「무릎관절증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 '의사'라고 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 방사선단순영상(X-ray), 전산화단층영상(CT), 자기공명영상(MRI) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 '무릎관절증'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제14조(「무릎관절연골손상(중증)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「무릎관절연골손상(중증)」이라 함은 제13조(「무릎관절증」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「무릎관절증」으로 진단확정되고, 국제 연골재생 및 관절보존협회(International Cartilage Regeneration & Joint Preservation Society)에서 규정한 연골결손 깊이에 따른 연골손상 분류법(이하 'ICRS Grade'라 합니다)에 따라 무릎관절연골손상 4등급(연골의 심각한 결손으로 소실되어 연골하부의 뼈가 노출된 상태)인 경우를 말합니다.

② 「무릎관절연골손상(중증)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 '의사'라고 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 자기공명영상(MRI) 또는 관절경검사(Arthroscopy) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「무릎관절연골손상(중증)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제15조(「무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료」라 함은 「무릎관절연골손상(중증)」의 치료를 목적으로, 노출된 연골하골 부위에 여러 개의 구멍을 뚫어 출혈을 일으킨 뒤 「무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료제」를 투여하여 연골 재생을 유도하는 치료를 말합니다. 단, 노출된 연골하골부위에 구멍을 뚫지 않고, 무릎연골결손부위에 약물을 단순 주입하는 치료는 「무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료」에 해당하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 ICRS Grade가 4등급인 경우라 할지라도 골관절염의 방사선적 진단법 중 하나인 Kellgren and Lawrence Grade가 4등급인 경우에는 「무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료」에 해당하지 않습니다.

[Kellgren Lawrence Grade]
방사선 사진 상에서 관절 간격의 감소로 관절의 골극형성이나 연골 소실 등의 이상소견을 나타내는 평가지표를 말합니다.

[Kellgren Lawrence Grade 4등급]
현저한 관절 간격의 협착, 뚜렷한 골극형성 및 골경화가 관찰되고 분명한 골 변형이 동반된 상태를 말합니다.

③ 제1항에서 「무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료제」라 함은 「무릎관절연골손상(중증)」의 치료를 목적으로 "첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률" 제2조 제7호에 따른 세포치료제 중 완제품의 주성분이 「동종 제대혈 유래 중간엽 줄기세포」(Allogenic Umbilical Cord Blood derived Mesenchymal Stem Cells)인 경우를 말하며, 약사법 제31조, 제35조 및 제42조에 따라 승인된 의약품을 말합니다.

[무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내]
「무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료제」에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2026년 9월 기준「무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료제」에 해당하는 의약품명 및 성분명을「무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료제 해당 의약품명 및 성분명」(【별표114】 참조)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

[첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률 제2조 제7호]
가. 세포치료제: 사람 또는 동물의 살아 있는 세포를 체외에서 배양·증식하거나 선별하는 등 물리적, 화학적 또는 생물학적 방법으로 조작하여 제조한 의약품. 다만, 생물학적 특성이 유지되는 범위에서 단순분리, 세척, 냉동, 해동 등의 최소한의 조작을 통하여 제조된 것으로서 총리령으로 정하는 것은 제외한다.

④ 제3항의「동종 제대혈 유래 중간엽 줄기세포」라 함은 타인의 제대혈에서 추출하고 배양한 줄기세포를 말하며, 환자 자신의 골수나 지방조직 등에서 추출하고 배양한 자가 유래 중간엽 줄기세포는 해당되지 않습니다.

제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제1호의 관절경검사지원비(급여,연간1회한)는 연간 2가지 이상의 서로 다른 관절 부위에 대하여 「급여 관절경검사」를 받은 경우에도 연간 1회에 한하여 지급합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호의 주요관절(팔꿈치,손목,발목)손상수술치료(연간1회한)은 연간 2가지 이상의 서로 다른 팔꿈치, 손목 또는 발목에「급여 주요관절손상수술치료」를 받은 경우에도 연간 1회에 한하여 지급합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호의 주요관절(팔꿈치,손목,발목)손상수술치료(연간1회한)은 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 관절질환수술비Ⅱ(연간1회한)만 지급합니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호의 주요관절(어깨,무릎)손상수술치료(연간1회한)은 연간 2가지 이상의 서로 다른 어깨 또는 무릎에「급여 주요관절손상수술치료」를 받은 경우에도 연간 1회에 한하여 지급합니다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호의 주요관절(어깨,무릎)손상수술치료(연간1회한)은 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 관절질환수술비Ⅱ(연간1회한)만 지급합니다.

⑦ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호의 주요관절(고관절)손상수술치료(연간1회한)은 연간 2가지 이상의 서로 다른 고관절에「급여 주요관절손상수술치료」를 받은 경우에도 연간 1회에 한하여 지급합니다.

⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제2호의 주요관절(고관절)손상수술치료(연간1회한)은 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 관절질환수술비Ⅱ(연간1회한)만 지급합니다.

⑨ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제3호의 관절경수술(연간1회한)은 연간 2가지 이상의 서로 다른 관절 부위에 대하여 「관절경수술」을 받은 경우에도 연간 1회에 한하여 지급합니다.

⑩ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제3호의 관절경수술(연간1회한)은 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 관절질환수술비Ⅱ(연간1회한)만 지급합니다.

⑪ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제3호의 관절경외수술(연간1회한)은 연간 2가지 이상의 서로 다른 관절 부위에 대하여 「관절경외수술」을 받은 경우에도 연간 1회에 한하여 지급합니다.

⑫ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제3호의 관절경외수술(연간1회한)은 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 관절질환수술비Ⅱ

(연간1회한)만 지급합니다.

⑬ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제4호의 6대인공관절(전치환)수술비(연간1회한)는 연간 2가지 이상의 서로 다른 관절 부위에 대하여 「인공관절전치환수술」을 받은 경우에도 연간 1회에 한하여 지급합니다.

⑭ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제4호의 6대인공관절(전치환)수술비(연간1회한)은 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 관절질환수술비Ⅱ(연간1회한)만 지급합니다.

⑮ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제4호의 6대인공관절(부분치환)수술비(연간1회한)는 연간 2가지 이상의 서로 다른 관절 부위에 대하여 「인공관절부분치환수술」을 받은 경우에도 연간 1회에 한하여 지급합니다.

⑯ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제4호의 6대인공관절(부분치환)수술비(연간1회한)은 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 관절질환수술비Ⅱ(연간1회한)만 지급합니다.

⑰ 아래의 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제5호의 "입원 급여 관절통증주사치료"와 "외래 급여 관절통증주사치료" 각각에 대해 1일 1회에 한하여 보장합니다.

1. 피보험자가 동일한 날에 "입원 급여 관절통증주사치료"를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 "외래 급여 관절통증주사치료"를 받은 경우
2. 피보험자가 동일한 날에 "외래 급여 관절통증주사치료"를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 "입원 급여 관절통증주사치료"를 받은 경우

⑱ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제17조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제18조(보험금의 청구)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제6호의 경우 무릎관절연골손상(중증)진단비Ⅱ(최초1회한) 지급사유가 발생한 경우에는 해당 세부보장은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 소멸되는 부분에 대한 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 제7호의 경우 무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료비(최초1회한) 지급사유가 발생한 경우에는 해당 세부보장은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 소멸되는 부분에 대한 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제19조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제20조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

11-1. 간병인사용 상해질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(연간180일한도)(통합간편가입형) 특별약관

11-1-1. 간병인사용 상해질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(연간180일한도)(통합간편가입형) 특별약관

11-1-2. 간병인사용 상해질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(연간180일한도)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관

11-1-1는 비갱신형으로 운영하며,
11-1-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 상해질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(연간180일한도): 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 1일당 8시간 이상 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급합니다.
   다만, 간병인사용 상해질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(연간180일한도)의 지급일수는 연간 180일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 기 준	지 급 금 액
간병인사용 상해질병입원비(요양병원제외) (1일당8시간이상)(연간180일한도)	간병인 사용 1일당 8시간 이상	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(연간180일한도)

※ 간병인의 사용은 1일을 기준으로 하며 간병인을 사용한 시점을 기준으로 매24시간을 1일로 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 8시간이상 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하나, 8시간 미만으로 사용한 경우에는 그러지 않습니다.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록된 자에 한합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「연간」이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]

· 연도별 간병인사용일 : 2026년 2026.07.04. ~ 2026.12.31. (181일 입원)
2027년 2027.01.01. ~ 2027.02.04. (35일 입원)
· 보험금 지급한도 : 1차년도(2026년) 180일한도, 2차년도(2027년) 180일한도
⇒ **보험금 지급일수 : 총 215일 (1차년도(2026년) 180일, 2차년도(2027년) 35일)**

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인의 사용은 1일을 기준으로 하며 간병인을 사용한 시점을 기준으로 매24시간을 1일로 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 8시간이상 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하나, 8시간 미만으로 사용한 경우에는 그러지 않습니다.

[보장예시1]
· 보험계약일(보장개시일) : 202X년 4월 1일, 보험가입금액 : 5만원
· 입원기간 및 간병인 사용일 예시
- 입원기간 : 202X년 4월 1일 ~ 202X년 4월 30일
- 간병인 사용기간 : 202X년 4월 10일 오후 8시 ~ 4월 13일 오전 11시

1일기준	202X년 4월		
	10일 오후 8시 ~ 11일 오후 8시 이전	11일 오후 8시 ~ 12일 오후 8시 이전	12일 오후 8시 ~ 13일 오후 8시 이전
간병인 사용시간	24시간	24시간	15시간
1일 8시간이상 사용여부	O	O	O

· 간병인사용 상해질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(연간180일한도) 지급금액 : 5만원 × 3일 : 15만원 지급

[보장예시2]
· 보험계약일(보장개시일) : 202X년 4월 1일, 보험가입금액 : 5만원
· 입원기간 및 간병인 사용일 예시
  - 입원기간 : 202X년 4월 1일 ~ 202X년 4월 30일
  - 간병인 사용기간 : 202X년 4월 10일 오전 9시 ~ 4월 12일 오후 3시

1일기준	202X년 11월		
	10일 오전 9시 ~ 11일 오전 9시 이전	11일 오전 9시 ~ 12일 오전 9시 이전	12일 오전 9시 ~ 13일 오전 9시 이전
간병인 사용시간	24시간	24시간	6시간
1일 8시간이상 사용여부	O	O	X

· 4월 12일 오전 9시 ~ 13일 오전 이전 기준의 경우 간병인 사용시간이 6시간으로 8시간 이상 미충족
· 간병인사용 상해질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(연간180일한도) 지급금액
: 5만원 × 2일 : 10만원 지급

[보장예시3]
· 보험계약일(보장개시일) : 202X년 4월 1일, 보험가입금액 : 5만원
· 입원기간 및 간병인 사용일 예시
  - 입원기간 : 202X년 5월 1일 ~ 202X년 11월 30일
  - 간병인 사용기간 : 202X년 10월 26일 오후 9시 ~ 10월 29일 오전 8시

1일기준	202X년 10월		
	26일 오후 9시 ~ 27일 오후 9시 이전	27일 오후 9시 ~ 28일 오후 9시 이전 (180일째 입원일)	28일 오후 9시 ~ 29일 오후 9시 이전 (181일째 입원일)
간병인 사용시간	24시간	24시간	11시간
1일 8시간이상 사용여부	O	O	X

· 10월 28일부터 180일한도 초과로 보험금을 지급하지 않음
· 간병인사용 상해질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(연간180일한도) 지급금액
: 5만원 × 2일 : 10만원 지급

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간180일 한도로 합니다.
⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
  1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없

는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 제1항 및 제2항 이외에도 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 상해질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(연간180일한도)는 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 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.

제7조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

[11-1-2. 간병인사용 상해질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(연간180일한도)(통합간편가입형)(갱신형_20년)]의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관][1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

11-2. 간병인사용 상해질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(연간180일한도) 특별약관

11-2-1. 간병인사용 상해질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(연간180일한도) 특별약관
11-2-2. 간병인사용 상해질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(연간180일한도)(갱신형_20년) 특별약관

11-2-1는 비갱신형으로 운영하며,
11-2-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 상해질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(연간180일한도): 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 1일당 8시간 이상 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급합니다.
   다만, 간병인사용 상해질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(연간180일한도)의 지급일수는 연간 180일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 기 준	지 급 금 액
간병인사용 상해질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(연간180일한도)	간병인 사용 1일당 8시간 이상	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(연간180일한도)

※ 간병인의 사용은 1일을 기준으로 하며 간병인을 사용한 시점을 기준으로 매24시간을 1일로 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 8시간이상 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하나, 8시간 미만으로 사용한 경우에는 그러지 않습니다.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조

(의료기관)에서 규정한 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준「개인 간병 및 유사 서비스업」또는「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록된 자에 한합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「연간」이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]

· 연도별 간병인사용일 : 2026년 2026.07.04. ~ 2026.12.31. (181일 입원)
2027년 2027.01.01. ~ 2027.02.04. (35일 입원)

· 보험금 지급한도 : 1차년도(2026년) 180일한도, 2차년도(2027년) 180일한도

⇒ <u>보험금 지급일수 : 총 215일 (1차년도(2026년) 180일, 2차년도(2027년) 35일)</u>

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인의 사용은 1일을 기준으로 하며 간병인을 사용한 시점을 기준으로 매24시간을 1일로 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 8시간이상 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하나, 8시간 미만으로 사용한 경우에는 그러지 않습니다.

[보장예시1]

· 보험계약일(보장개시일) : 202X년 4월 1일, 보험가입금액 : 5만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 202X년 4월 1일 ~ 202X년 4월 30일
- 간병인 사용기간 : 202X년 4월 10일 오후 8시 ~ 4월 13일 오전 11시

1일기준	202X년 4월		
	10일 오후 8시 ~ 11일 오후 8시 이전	11일 오후 8시 ~ 12일 오후 8시 이전	12일 오후 8시 ~ 13일 오후 8시 이전
간병인 사용시간	24시간	24시간	15시간
1일 8시간이상 사용여부	O	O	O

· 간병인사용 상해질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(연간180일한도) 지급금액 : 5만원 × 3일 : 15만원 지급

[보장예시2]

· 보험계약일(보장개시일) : 202X년 4월 1일, 보험가입금액 : 5만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 202X년 4월 1일 ~ 202X년 4월 30일
- 간병인 사용기간 : 202X년 4월 10일 오전 9시 ~ 4월 12일 오후 3시

1일기준	202X년 11월		
	10일 오전 9시 ~ 11일 오전 9시 이전	11일 오전 9시 ~ 12일 오전 9시 이전	12일 오전 9시 ~ 13일 오전 9시 이전
간병인 사용시간	24시간	24시간	6시간
1일 8시간이상 사용여부	O	O	X

· 4월 12일 오전 9시 ~ 13일 오전 이전 기준의 경우 간병인 사용시간이 6시간으로 8시간 이상 미충족

· 간병인사용 상해질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(연간180일한도) 지급금액 : 5만원 × 2일 : 10만원 지급

[보장예시3]

· 보험계약일(보장개시일) : 202X년 4월 1일, 보험가입금액 : 5만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 202X년 5월 1일 ~ 202X년 11월 30일
- 간병인 사용기간 : 202X년 10월 26일 오후 9시 ~ 10월 29일 오전 8시

1일기준	202X년 10월		
	26일 오후 9시 ~ 27일 오후 9시 이전	27일 오후 9시 ~ 28일 오후 9시 이전 (180일째 입원일)	28일 오후 9시 ~ 29일 오후 9시 이전 (181일째 입원일)
간병인 사용시간	24시간	24시간	11시간
1일 8시간이상 사용여부	O	O	X

· 10월 28일부터 180일한도 초과로 보험금을 지급하지 않음

· 간병인사용 상해질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(연간180일한도) 지급금액 : 5만원 × 2일 : 10만원 지급

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간180일 한도로 합니다.
⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 제1항 및 제2항 이외에도 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 상해질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(연간180일한도)는 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서

류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 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.

제7조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

[11-2-2. 간병인사용 상해질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(연간180일한도)(갱신형_20년)]의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관][1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

12-1. 간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간180일한도)(통합간편가입형) 특별약관

12-1-1. 간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간180일한도)(통합간편가입형) 특별약관

12-1-2. 간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간180일한도)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관

12-1-1는 비갱신형으로 운영하며,
12-1-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간180일한도) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급합니다.

다만, 간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간180일한도)의 지급일수는 연간180일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 금 액
간병인사용 상해질병입원비(요양병원) (연간180일한도)	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(연간180일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준「개인 간병 및 유사 서비스업」또는「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「연간」이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]

· 연도별 간병인사용일 : 2026년 2026.07.04. ~ 2026.12.31. (181일 입원)
2027년 2027.01.01. ~ 2027.02.04. (35일 입원)
· 보험금 지급한도 : 1차년도(2026년) 180일한도, 2차년도(2027년) 180일한도
⇒ **보험금 지급일수 : 총 215일 (1차년도(2026년) 180일, 2차년도(2027년) 35일)**

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간180일 한도로 합니다.
④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 제1항 및 제2항 이외에도 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간180일한도)는 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료

관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 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.

제7조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

[12-1-2. 간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간180일한도)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관]의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관][1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

12-2. 간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간180일한도) 특별약관

12-2-1. 간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간180일한도) 특별약관
12-2-2. 간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간180일한도)(갱신형_20년) 특별약관

12-2-1는 비갱신형으로 운영하며,
12-2-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간180일한도) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급합니다.
   다만, 간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간180일한도)의 지급일수는 연간180일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 금 액
간병인사용 상해질병입원비(요양병원) (연간180일한도)	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(연간180일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록된 자에 한합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「연간」이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]

· 연도별 간병인사용일 : 2026년 2026.07.04. ~ 2026.12.31. (181일 입원)
2027년 2027.01.01. ~ 2027.02.04. (35일 입원)
· 보험금 지급한도 : 1차년도(2026년) 180일한도, 2차년도(2027년) 180일한도
⇒ <u>보험금 지급일수 : 총 215일 (1차년도(2026년) 180일, 2차년도(2027년) 35일)</u>

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입

원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간180일 한도로 합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 제1항 및 제2항 이외에도 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간180일한도)는 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 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.

제7조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

[12-2-2. 간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간180일한도)(갱신형_20년) 특별약관]의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관][1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

13-1. 간병인사용 상해질병입원비(종합병원)(연간180일한도)(통합간편가입형) 특별약관

13-1-1. 간병인사용 상해질병입원비(종합병원)(연간180일한도)(통합간편가입형) 특별약관

13-1-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 상해질병입원비(종합병원)(연간180일한도): 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원에 입원하여 치료를 받으며 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급합니다.
   다만, 간병인사용 상해질병입원비(종합병원)(연간180일한도)의 지급일수는 연간180일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 기 준	지 급 금 액
간병인사용 상해질병입원비(종합병원) (연간180일한도)	간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%
	간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액

※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.

※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 「종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제3조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「연간」이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]

· 연도별 간병인사용일 : 2026년 2026.07.04. ~ 2026.12.31. (181일 입원)
2027년 2027.01.01. ~ 2027.02.04. (35일 입원)
· 보험금 지급한도 : 1차년도(2026년) 180일한도, 2차년도(2027년) 180일한도
⇒ **보험금 지급일수 : 총 215일 (1차년도(2026년) 180일, 2차년도(2027년) 35일)**

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 상해질병입원비(종합병원)(연간180일한도)에서 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 이때, 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다.

<간병인사용 상해질병입원비(종합병원)(연간180일한도) 계산예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 202X년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원
· 입원기간 및 간병인 사용일 예시
- 입원기간 : 202X년 4월 1일 ~ 202X년 4월 30일
- 간병인 사용일 및 사용금액
· 202X년 4월 10일 ~ 4월 17일 사용 : 총 사용일수 8일, 총사용금액 88만원,
1일당 평균 7만원 이상에 해당.
→ 2만원 × 8일 = 16만원 지급
· 202X년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 사용
: 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당
→ 1만원 × 8일 = 8만원 지급
· 간병인사용 상해질병입원비(종합병원)(연간180일한도) 지급금액
: 간병인 사용일수 16일, 보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

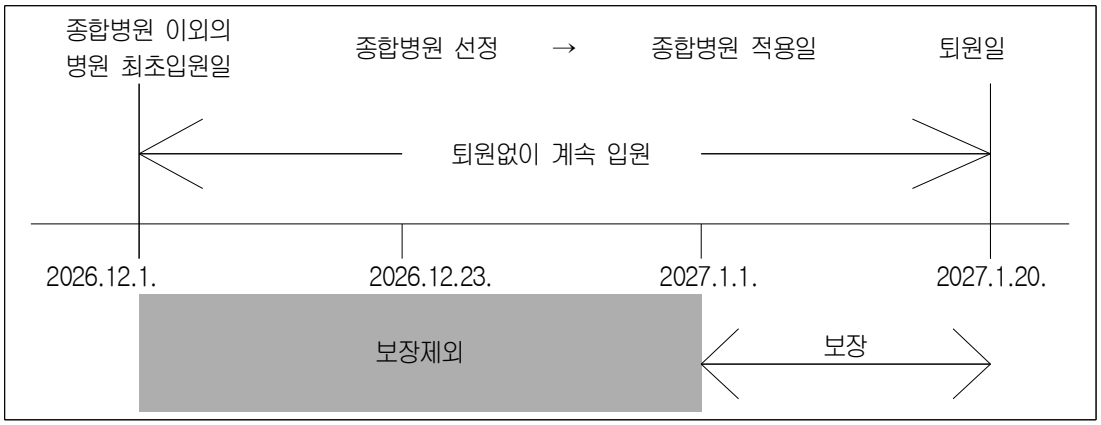
③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간180일 한도로 합니다.

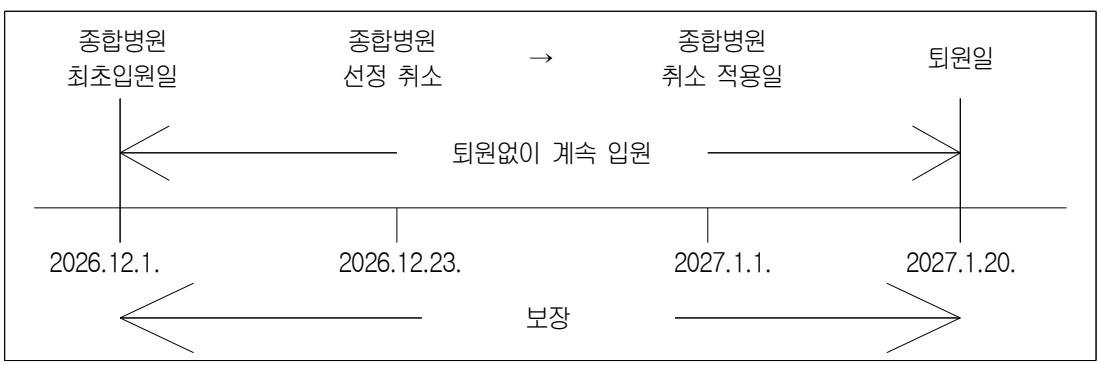
⑤ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료받던 중 「종합병원」에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 「종합병원」에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「종합병원 이외의 병원」으로 이전하여 입원한 경우 해당 「종합병원」 퇴원일까지 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 보험금을 지급합니다.



⑧ 피보험자가 「종합병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 보험금을 지급합니다.



⑨ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하

지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 제1항 및 제2항 이외에도 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 상해질병입원비(종합병원)(연간 180일한도)는 지급하지 않습니다.

제6조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 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.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

13-2. 간병인사용 상해질병입원비(종합병원)(연간180일한도) 특별약관

13-2-1. 간병인사용 상해질병입원비(종합병원)(연간180일한도) 특별약관

13-2-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 상해질병입원비(종합병원)(연간180일한도): 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원에 입원하여 치료를 받으며 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급합니다.
   다만, 간병인사용 상해질병입원비(종합병원)(연간180일한도)의 지급일수는 연간180일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 기 준	지 급 금 액
간병인사용 상해질병입원비(종합병원) (연간180일한도)	간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%
	간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액

※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.

※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 「종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제3조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로

등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「연간」이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]

· 연도별 간병인사용일 : 2026년 2026.07.04. ~ 2026.12.31. (181일 입원)
2027년 2027.01.01. ~ 2027.02.04. (35일 입원)
· 보험금 지급한도 : 1차년도(2026년) 180일한도, 2차년도(2027년) 180일한도
⇒ <u>보험금 지급일수 : 총 215일 (1차년도(2026년) 180일, 2차년도(2027년) 35일)</u>

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 상해질병입원비(종합병원)(연간180일한도)에서 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 이때, 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다.

<간병인사용 상해질병입원비(종합병원)(연간180일한도) 계산예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 202X년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원
· 입원기간 및 간병인 사용일 예시
- 입원기간 : 202X년 4월 1일 ~ 202X년 4월 30일
- 간병인 사용일 및 사용금액
· 202X년 4월 10일 ~ 4월 17일 사용 : 총 사용일수 8일, 총사용금액 88만원,
1일당 평균 7만원 이상에 해당.
→ 2만원 × 8일 = 16만원 지급
· 202X년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 사용
: 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당
→ 1만원 × 8일 = 8만원 지급
· 간병인사용 상해질병입원비(종합병원)(연간180일한도) 지급금액
: 간병인 사용일수 16일, 보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

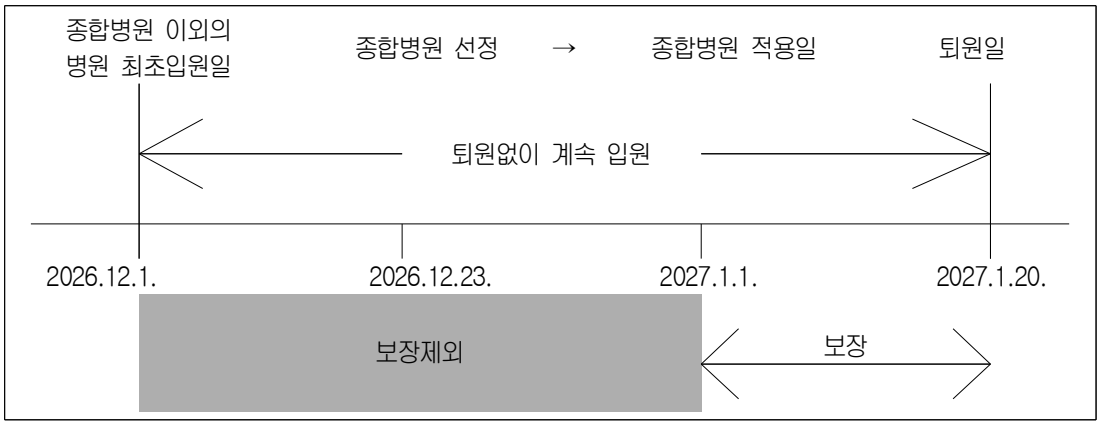
③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간180일 한도로 합니다.

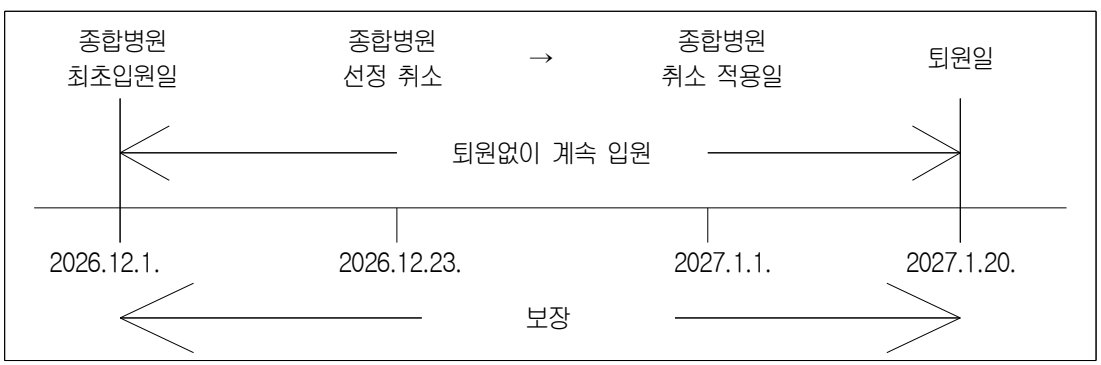
⑤ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료받던 중 「종합병원」에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 「종합병원」에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「종합병원 이외의 병원」으로 이전하여 입원한 경우 해당 「종합병원」 퇴원일까지 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 보험금을 지급합니다.



⑧ 피보험자가 「종합병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 보험금을 지급합니다.



⑨ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하

지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 제1항 및 제2항 이외에도 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 상해질병입원비(종합병원)(연간 180일한도)는 지급하지 않습니다.

제6조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 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.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

14-1. 간병인사용 상해질병입원비(상급종합병원)(연간180일한도)(통합간편가입형) 특별약관

14-1-1. 간병인사용 상해질병입원비(상급종합병원)(연간180일한도)(통합간편가입형) 특별약관

14-1-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 상해질병입원비(상급종합병원)(연간180일한도): 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 입원하여 치료를 받으며 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.
   다만, 간병인사용 상해질병입원비(상급종합병원)(연간180일한도)의 지급일수는 연간180일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 기 준	지 급 금 액
간병인사용 상해질병입원비(상급종합병원)(연간180일한도)	간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%
	간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액

※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.

※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의4(상급종합병원)에서 정한 「상급종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제3조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스

업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1항의 「연간」이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]

· 연도별 간병인사용일 : 2026년 2026.07.04. ~ 2026.12.31. (181일 입원)
2027년 2027.01.01. ~ 2027.02.04. (35일 입원)
· 보험금 지급한도 : 1차년도(2026년) 180일한도, 2차년도(2027년) 180일한도
⇒ **보험금 지급일수 : 총 215일 (1차년도(2026년) 180일, 2차년도(2027년) 35일)**

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 상해질병입원비(상급종합병원)(연간180일한도)에서 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 이때, 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다.

<간병인사용 상해질병입원비(상급종합병원)(연간180일한도) 계산예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 202X년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원
· 입원기간 및 간병인 사용일 예시
- 입원기간 : 202X년 4월 1일 ~ 202X년 4월 30일
- 간병인 사용일 및 사용금액
· 202X년 4월 10일 ~ 4월 17일 사용 : 총 사용일수 8일, 총사용금액 88만원,
1일당 평균 7만원 이상에 해당.
→ 2만원 × 8일 = 16만원 지급
· 202X년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 사용
: 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당
→ 1만원 × 8일 = 8만원 지급
· 간병인사용 상해질병입원비(상급종합병원)(연간180일한도) 지급금액
: 간병인 사용일수 16일, 보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

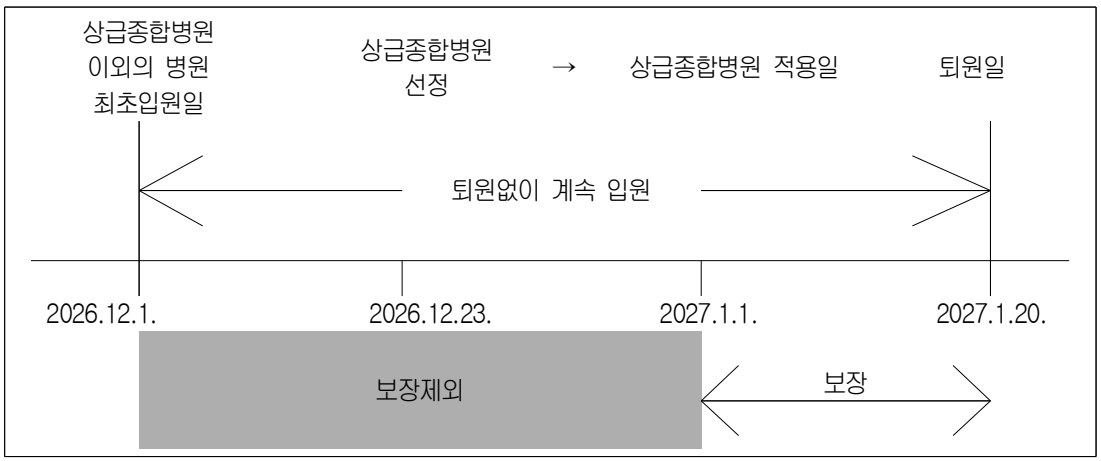
④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간180일 한도로 합니다.

⑤ 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료받던 중 「상급종합병원」에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 보험금을 지급합니다.

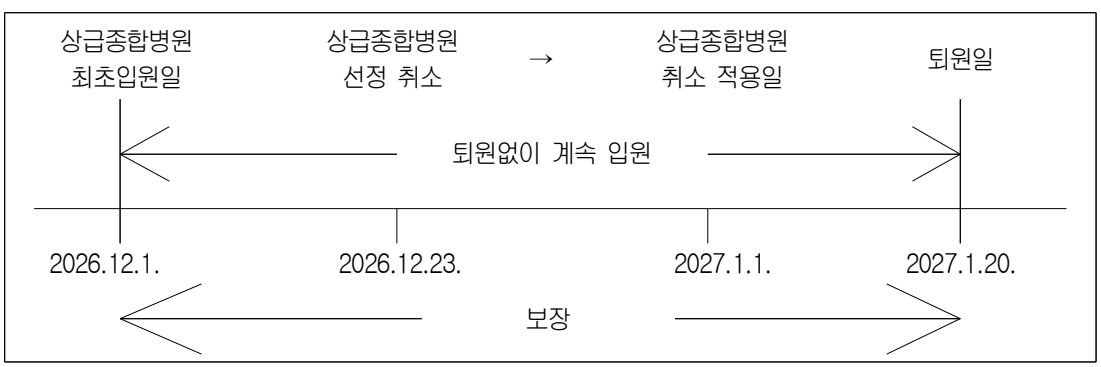
⑥ 피보험자가 「상급종합병원」에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「상급종합병원 이외의 병원」으로 이전하여 입원한 경우 해당 「상급종합병원」 퇴원일까지 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지

정된 경우 상급종합병원 적용일부터 보험금을 지급합니다.



⑧ 피보험자가 「상급종합병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 보험금을 지급합니다.



⑨ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 제1항 및 제2항 이외에도 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 상해질병입원비(상급종합병원)(연간180일한도)는 지급하지 않습니다.

제6조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 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.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

14-2. 간병인사용 상해질병입원비(상급종합병원)(연간180일한도) 특별약관

14-2-1. 간병인사용 상해질병입원비(상급종합병원)(연간180일한도) 특별약관

14-2-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 상해질병입원비(상급종합병원)(연간180일한도): 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 입원하여 치료를 받으며 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.
   다만, 간병인사용 상해질병입원비(상급종합병원)(연간180일한도)의 지급일수는 연간180일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 기 준	지 급 금 액
간병인사용 상해질병입원비(상급종합병원)(연간180일한도)	간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%
	간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액

※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.

※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의4(상급종합병원)에서 정한 「상급종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제3조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스

업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1항의 「연간」이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]

· 연도별 간병인사용일 : 2026년 2026.07.04. ~ 2026.12.31. (181일 입원)
2027년 2027.01.01. ~ 2027.02.04. (35일 입원)
· 보험금 지급한도 : 1차년도(2026년) 180일한도, 2차년도(2027년) 180일한도
⇒ **보험금 지급일수 : 총 215일 (1차년도(2026년) 180일, 2차년도(2027년) 35일)**

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 상해질병입원비(상급종합병원)(연간180일한도)에서 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 이때, 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다.

<간병인사용 상해질병입원비(상급종합병원)(연간180일한도) 계산예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 202X년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원
· 입원기간 및 간병인 사용일 예시
- 입원기간 : 202X년 4월 1일 ~ 202X년 4월 30일
- 간병인 사용일 및 사용금액
· 202X년 4월 10일 ~ 4월 17일 사용 : 총 사용일수 8일, 총사용금액 88만원,
1일당 평균 7만원 이상에 해당.
→ 2만원 × 8일 = 16만원 지급
· 202X년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 사용
: 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당
→ 1만원 × 8일 = 8만원 지급
· 간병인사용 상해질병입원비(상급종합병원)(연간180일한도) 지급금액
: 간병인 사용일수 16일, 보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

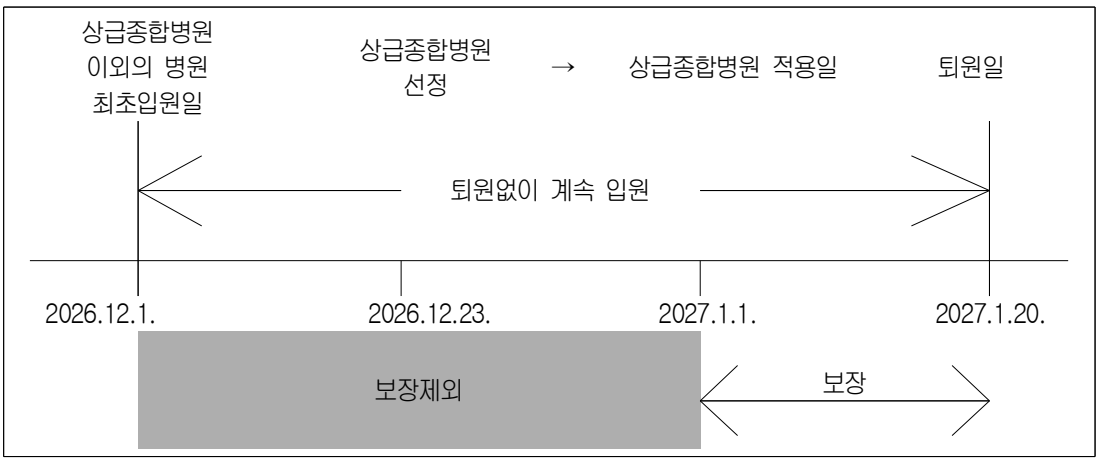
④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간180일 한도로 합니다.

⑤ 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료받던 중 「상급종합병원」에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 보험금을 지급합니다.

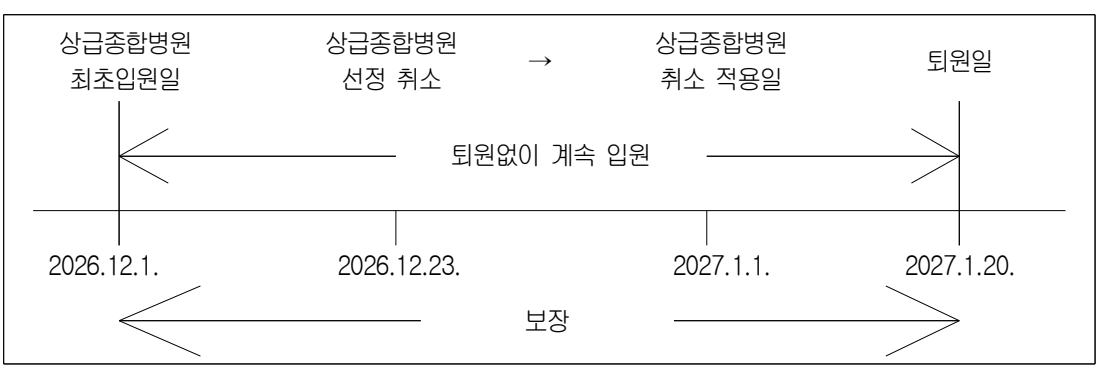
⑥ 피보험자가 「상급종합병원」에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「상급종합병원 이외의 병원」으로 이전하여 입원한 경우 해당 「상급종합병원」 퇴원일까지 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지

정된 경우 상급종합병원 적용일부터 보험금을 지급합니다.



⑧ 피보험자가 「상급종합병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 보험금을 지급합니다.



⑨ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 제1항 및 제2항 이외에도 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 상해질병입원비(상급종합병원)(연간180일한도)는 지급하지 않습니다.

제6조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 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.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

15-1. 간호·간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양병원제외)(연간180일한도)(통합간편가입형) 특별약관

15-1-1. 간호·간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양병원제외)(연간180일한도)(통합간편가입형) 특별약관

15-1-2. 간호·간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양병원제외)(연간180일한도)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관

15-1-1는 비갱신형으로 운영하며,
15-1-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간호·간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양병원제외)(연간180일한도): 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(한방병원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급합니다.
   다만, 간호·간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양병원제외)(연간180일한도)의 지급일수는 1회 연간 180일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 금 액
간호·간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양병원제외)(연간180일한도)	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(연간180일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)>

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④「공공보건의료에 관한 법률」 제2조 제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>
① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「연간」이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]

· 연도별 간호·간병통합서비스사용일 : 2026년 2026.07.04. ~ 2026.12.31. (181일 입원)
2027년 2027.01.01. ~ 2027.02.04. (35일 입원)
· 보험금 지급한도 : 1차년도(2026년) 180일한도, 2차년도(2027년) 180일한도
⇒ <u>보험금 지급일수 : 총 215일 (1차년도(2026년) 180일, 2차년도(2027년) 35일)</u>

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 입원일로부터 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간180일 한도로 합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
③ 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제7조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

[15-1-2. 간호·간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양병원제외)(연간180일한도)(통합간편가입형)(갱신형

_20년) 특별약관]의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관][1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

15-2. 간호·간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양병원제외)(연간180일한도) 특별약관

15-2-1. 간호·간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양병원제외)(연간180일한도) 특별약관
15-2-2. 간호·간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양병원제외)(연간180일한도)(갱신형_20년) 특별약관

15-2-1는 비갱신형으로 운영하며,
15-2-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간호·간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양병원제외)(연간180일한도): 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(한방병원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급합니다.
   다만, 간호·간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양병원제외)(연간180일한도)의 지급일수는 1회 연간 180일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 금 액
간호·간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양병원제외)(연간180일한도)	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(연간180일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)>

① 간호・간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호・간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호・간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호・간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호・간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④「공공보건의료에 관한 법률」 제2조 제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호・간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호・간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호・간병통합서비스 제공기관은 간호・간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호・간병통합서비스의 제공・확대, 간호・간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사・치과의사 또는 한의사가 간호・간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1항의 「연간」이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]

· 연도별 간호·간병통합서비스사용일 : 2026년 2026.07.04. ~ 2026.12.31. (181일 입원)
2027년 2027.01.01. ~ 2027.02.04. (35일 입원)
· 보험금 지급한도 : 1차년도(2026년) 180일한도, 2차년도(2027년) 180일한도
⇒ **보험금 지급일수 : 총 215일 (1차년도(2026년) 180일, 2차년도(2027년) 35일)**

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 입원일로부터 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간180일 한도로 합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제7조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

[15-2-2. 간호·간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양병원제외)(연간180일한도)(갱신형_20년) 특별약관]의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관][1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

16-1. 간병인사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(1일당8시간이상)(연간181일이상)(통합간편가입형) 특별약관

16-1-1. 간병인사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(1일당8시간이상)(연간181일이상)(통합간편가입형) 특별약관

16-1-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(1일당8시간이상)(연간181일이상): 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 연간181일이상 입원하여 치료를 받으며 1일당 8시간 이상 제4조(「간병인」의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 연간 180일을 초과하여 1일당 8시간 이상 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급합니다.

다만, 간병인사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(1일당8시간이상)(연간181일이상)의 지급일수는 연간185일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 기 준	지 급 금 액
간병인사용 상해질병입원비 (요양,정신,한방병원제외) (1일당8시간이상)(연간181일이상)	간병인 사용 1일당 8시간 이상	181일째 입원일로부터 사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(185일한도)

※ 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 그러지 않습니다. 단, 181일째 입원일 이전에 간병인을 사용하여 181일째 입원일 이후 까지 간병인을 사용하는 경우 181일째 입원일을 간병인을 사용한 시점으로 봅니다.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원(단, 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 의료기관은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조(「간병인」의 정의)

① 이 특별약관에서 「간병인」이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준「개인 간병 및 유사 서비스업」또는「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

①「연간」이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]

· 연도별 간병인사용일 : 2026년 2026.06.04. ~ 2026.12.31. (211일 입원)
2027년 2027.01.01. ~ 2027.02.04. (35일 입원)
⇒ <u>보험금 지급일수 : 총 31일 (1차년도(2026년) 31일, 2차년도(2027년) 미지급)</u>

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 간병인사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(1일당8시간이상)(연간181일이상)의 지급일수는 연간 185일을 한도로 합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인의 사용은 1일을 기준으로 하며 간병인을 사용한 시점을 기준으로 매24시간을 1일로 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 8시간이상 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하나, 8시간 미만으로 사용한 경우에는 그러지 않습니다. 단, 181일째 입원일 이전에 간병인을 사용하여 181일째 입원일 이후 까지 간병인을 사용하는 경우 181일째 입원일을 간병인을 사용한 시점으로 봅니다.

<간병인사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(1일당8시간이상)(연간181일이상) 계산예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 202X년 4월 1일, 보험가입금액 : 5만원
· 입원기간 및 간병인 사용일 예시
- 입원기간 : 202X년 5월 1일 ~ 202X년 11월 30일
- 간병인 사용기간 : 202X년 5월 1일 오후 8시 ~ 10월 31일 오전 7시

1일기준	202X년 10월			
	28일 00시 ~ 24시 (181일째 입원일)	29일 00시 ~ 24시	30일 00시 ~ 24시	31일 00시 ~ 24시
간병인 사용시간	24시간	24시간	24시간	7시간
1일 8시간이상 사용여부	O	O	O	x

· 10월 28일이 181일째 입원일이므로 10월 28일 00시부터 보장
· 31일 00시 ~ 24시 이전 기준의 경우 간병인 사용시간이 7시간으로 8시간 이상 미충족
· <u>간병인사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(1일당8시간이상)(연간181일이상) 지급금액 : 5만원 × 3일 : 15만원 지급</u>

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 연간 181일째 입원일로부터 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 185일 한도로 합니다.

⑥ 피보험자가 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 해당「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다) 퇴원일까

지 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급합니다.

⑩ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

③ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

④ 제1항 내지 제3항 이외에도 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(1일당8시간이상)(연간181일이상)(건강고지형)은 지급하지 않습니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제4조(「간병인」의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 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.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

16-2. 간병인사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(1일당8시간이상)(연간181일이상) 특별약관

16-2-1. 간병인사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(1일당8시간이상)(연간181일이상) 특별약관

16-2-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(1일당8시간이상)(연간181일이상): 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 연간181일이상 입원하여 치료를 받으며 1일당 8시간 이상 제4조(「간병인」의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 연간 180일을 초과하여 1일당 8시간 이상 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급합니다.

다만, 간병인사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(1일당8시간이상)(연간181일이상)의 지급일수는 연간185일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 기 준	지 급 금 액
간병인사용 상해질병입원비 (요양,정신,한방병원제외) (1일당8시간이상)(연간181일이상)	간병인 사용 1일당 8시간 이상	181일째 입원일로부터 사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(185일한도)

※ 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 그러지 않습니다. 단, 181일째 입원일 이전에 간병인을 사용하여 181일째 입원일 이후 까지 간병인을 사용하는 경우 181일째 입원일을 간병인을 사용한 시점으로 봅니다.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원(단, 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 의료기관은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조(「간병인」의 정의)

① 이 특별약관에서 「간병인」이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준「개인 간병 및 유사 서비스업」또는「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

①「연간」이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]

· 연도별 간병인사용일 : 2026년 2026.06.04. ~ 2026.12.31. (211일 입원)
2027년 2027.01.01. ~ 2027.02.04. (35일 입원)
⇒ <u>보험금 지급일수 : 총 31일 (1차년도(2026년) 31일, 2차년도(2027년) 미지급)</u>

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 간병인사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(1일당8시간이상)(연간181일이상)의 지급일수는 연간 185일을 한도로 합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인의 사용은 1일을 기준으로 하며 간병인을 사용한 시점을 기준으로 매24시간을 1일로 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 8시간이상 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하나, 8시간 미만으로 사용한 경우에는 그러지 않습니다. 단, 181일째 입원일 이전에 간병인을 사용하여 181일째 입원일 이후 까지 간병인을 사용하는 경우 181일째 입원일을 간병인을 사용한 시점으로 봅니다.

<간병인사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(1일당8시간이상)(연간181일이상) 계산예시>

[보장예시1]

· 보험계약일(보장개시일) : 202X년 4월 1일, 보험가입금액 : 5만원
· 입원기간 및 간병인 사용일 예시
- 입원기간 : 202X년 5월 1일 ~ 202X년 11월 30일
- 간병인 사용기간 : 202X년 5월 1일 오후 8시 ~ 10월 31일 오전 7시

1일기준	202X년 10월			
	28일 00시 ~ 24시 (181일째 입원일)	29일 00시 ~ 24시	30일 00시 ~ 24시	31일 00시 ~ 24시
간병인 사용시간	24시간	24시간	24시간	7시간
1일 8시간이상 사용여부	O	O	O	x

· 10월 28일이 181일째 입원일이므로 10월 28일 00시부터 보장
· 31일 00시 ~ 24시 이전 기준의 경우 간병인 사용시간이 7시간으로 8시간 이상 미충족
· <u>간병인사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(1일당8시간이상)(연간181일이상) 지급금액 : 5만원 × 3일 : 15만원 지급</u>

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 연간 181일째 입원일로부터 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 185일 한도로 합니다.

⑥ 피보험자가 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한

경우에는 해당「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다) 퇴원일까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급합니다.

⑩ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

③ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

④ 제1항 내지 제3항 이외에도 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(1일당8시간이상)(연간181일이상)은 지급하지 않습니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제4조(「간병인」의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 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.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

17-1. 간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간181일이상)(통합간편가입형) 특별약관

17-1-1. 간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간181일이상)(통합간편가입형) 특별약관

17-1-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간181일이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 연간181일이상 입원하여 치료를 받으며 제4조(「간병인」의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 연간 180일을 초과하여 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급합니다.

다만, 간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간181일이상)의 지급일수는 연간185일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 금 액
간병인사용 상해질병입원비 (요양병원)(연간181일이상)	연간 181일째 입원일로부터 사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(연간185일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(「요양병원」의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제4조(「간병인」의 정의)

① 이 특별약관에서 「간병인」이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준「개인 간병 및 유사 서비스업」또는「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

①「연간」이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]

· 연도별 간병인사용일 : 2026년 2026.06.04. ~ 2026.12.31. (211일 입원)
2027년 2027.01.01. ~ 2027.02.04. (35일 입원)

⇒ <u>보험금 지급일수 : 총 31일 (1차년도(2026년) 31일, 2차년도(2027년) 미지급)</u>

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간181일이상)의 지급일수는 연간 185일을 한도로 합니다.
③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 연간 181일째 입원일로부터 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 185일 한도로 합니다.
⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

③ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

④ 제1항 내지 제3항 이외에도 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간181일이상)은 지급하지 않습니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제4조(「간병인」의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 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.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

17-2. 간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간181일이상) 특별약관

17-2-1. 간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간181일이상) 특별약관

17-2-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간181일이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 연간181일이상 입원하여 치료를 받으며 제4조(「간병인」의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 연간 180일을 초과하여 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급합니다.
   다만, 간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간181일이상)의 지급일수는 연간185일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 금 액
간병인사용 상해질병입원비 (요양병원)(연간181일이상)	연간 181일째 입원일로부터 사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(연간185일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(「요양병원」의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제4조(「간병인」의 정의)

① 이 특별약관에서 「간병인」이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

③ 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준「개인 간병 및 유사 서비스업」또는「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

①「연간」이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]

· 연도별 간병인사용일 : 2026년 2026.06.04. ~ 2026.12.31. (211일 입원)
2027년 2027.01.01. ~ 2027.02.04. (35일 입원)
⇒ <u>보험금 지급일수 : 총 31일 (1차년도(2026년) 31일, 2차년도(2027년) 미지급)</u>

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간181일이상)의 지급일수는 연간 185일을 한도로 합니다.
③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 연간 181일째 입원일로부터 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 185일 한도로 합니다.
⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

③ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

④ 제1항 내지 제3항 이외에도 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간181일이상)은 지급하지 않습니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제4조(「간병인」의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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)
2. 사업자등록증
3. 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.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

18-1. 간호·간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(연간181일이상)(통합간편가입형) 특별약관

18-1-1. 간호·간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(연간181일이상)(통합간편가입형) 특별약관

18-1-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간호·간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(연간181일이상) : 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외)에 연간 181일이상 입원하여 치료를 받으며 제4조(「간호·간병통합서비스」의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 연간 180일을 초과하여 간호·간병통합서비스사용입원비로 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급합니다.

다만, 간호·간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(연간181일이상)의 지급일수는 연간 185일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 금 액
간호·간병통합서비스사용 상해질병입원비 (요양,정신,한방병원제외)(연간181일이상)	연간 181일째 입원일로부터 사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(연간185일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원(단, 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 의료기관은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조(「간호·간병통합서비스」의 정의)

이 특별약관에서 「간호·간병통합서비스」라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)>

① 간호・간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호・간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호・간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호・간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호・간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조 제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호・간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호・간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호・간병통합서비스 제공기관은 간호・간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호・간병통합서비스의 제공・확대, 간호・간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

① 법 제4조의2 제1항에서 “보건복지부령으로 정하는 입원 환자”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사・치과의사 또는 한의사가 간호・간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 “보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준”이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

①「연간」이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]

· 연도별 간호·간병통합서비스사용일 : 2026년 2026.06.04. ~ 2026.12.31. (211일 입원)
2027년 2027.01.01. ~ 2027.02.04. (35일 입원)

⇒ <u>보험금 지급일수 : 총 31일 (1차년도(2026년) 31일, 2차년도(2027년) 미지급)</u>

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 연간 181일째 입원일로부터 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 185일 한도로 합니다.

④ 피보험자가 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급합니다.

⑤ 피보험자가「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 해당「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원 퇴원일까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급합니다.
⑧ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

③ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
③ 제4조(「간호·간병통합서비스」의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

18-2. 간호·간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(연간181일이상) 특별약관

18-2-1. 간호·간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(연간181일이상) 특별약관

18-2-1는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간호·간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(연간181일이상) : 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외)에 연간 181일이상 입원하여 치료를 받으며 제4조(「간호·간병통합서비스」의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 연간 180일을 초과하여 간호·간병통합서비스사용입원비로 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급합니다.
   다만, 간호·간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(연간181일이상)의 지급일수는 연간 185일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 금 액
간호·간병통합서비스사용 상해질병입원비 (요양,정신,한방병원제외)(연간181일이상)	연간 181일째 입원일로부터 사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(연간185일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원(단, 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 의료기관은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조(「간호·간병통합서비스」의 정의)

이 특별약관에서 「간호·간병통합서비스」라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)>

① 간호・간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호・간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호・간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호・간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호・간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④「공공보건의료에 관한 법률」 제2조 제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호・간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호・간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호・간병통합서비스 제공기관은 간호・간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호・간병통합서비스의 제공・확대, 간호・간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사・치과의사 또는 한의사가 간호・간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

①「연간」이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시]

· 연도별 간호·간병통합서비스사용일 : 2026년 2026.06.04. ~ 2026.12.31. (211일 입원)
2027년 2027.01.01. ~ 2027.02.04. (35일 입원)

⇒ **보험금 지급일수 : 총 31일 (1차년도(2026년) 31일, 2차년도(2027년) 미지급)**

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 연간 181일째 입원일로부터 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 연간 2회 이상 입원한 경우에는 각 입원일수를 더하여 연간 185일 한도로 합니다.

④ 피보험자가 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급합니다.

⑤ 피보험자가「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 해당「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원 퇴원일까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

③ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 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 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제4조(「간호·간병통합서비스」의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

제4장. 배상책임관련 특별약관

0. 배상책임관련 공통약관

제1조(목적)

이 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 이 특별약관의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약 관련 용어
   가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   나. 피보험자 : 보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.
   다. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
2. 보상 관련 용어
   가. 배상책임 : 보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간 중에 발생된 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.
   나. 보상한도액 : 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 해당 특별약관의 보험금의 지급한도에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.
   다. 자기부담금 : 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
   라. 보험금 분담 : 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.

공제계약

유사보험으로서 공제 사업을 실시하는 경영주체와 공제 계약자 사이에 체결되는 계약을 말합니다. 우체국, 신협, 새마을금고 등이 공제계약을 취급합니다.

   마. 대위권 : 회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.
3. 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 노동절을 제외합니다.

제3조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.
   1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인

이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조(보험사고발생의 통지의무) 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제4조(보상하는 손해의 범위) 제1호 및 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상합니다.

제4조(보상하는 손해의 범위)

회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래 각 호와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
   가. 피보험자가 제9조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용.
   나. 피보험자가 제9조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
   라. 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

공탁보증보험료

가압류, 가집행, 가처분 등 각종 민사사건을 신청할 때, 잘못된 신청으로 인해 발생하는 피신청인의 손해를 법적으로 보상해 주기 위해 법원에 납부하는 공탁금을 대신하는 보험상품을 공탁보증보험이라 하며, 이 보험에 가입하기 위해 필요한 보험료를 공탁보증보험료라 말합니다.

   마. 피보험자가 제10조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제5조(보험금 등의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 피보험자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

제6조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제5조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

② 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지체된 날부터 지급일까지 「보험금을 지급할 때의 적립이율 계산」(【별표3】 참조)에서 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 그러나 피보험자의 책임있는 사유로 지체된 경우에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

③ 제2항에도 불구하고 계약자 또는 피보험자의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

제7조(의무보험과의 관계)

① 회사는 이 약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제8조(보험금의 분담)를 따릅니다.

② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.

③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했더라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 "의무보험에서 보상하는 금액"으로 봅니다.

제8조(보험금의 분담)

① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 특별약관과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 특별약관의 보상책임액}}{\text{다른계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

② 이 특별약관이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제9조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 배상책임 특별약관에서 보상하는 손해에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제10조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액한도내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

② 회사가 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 필요한 서류증거의 제출, 증언 또는 증인출석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우에 회사의 요구가 있으면 계약자 또는 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.
④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유 없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제11조(합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.
② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

보상책임을 지는 한도
동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.
④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.
1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때
⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제12조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.
1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권
② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.
③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.
④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제13조(계약 전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.

제14조(계약 후 알릴 의무)

① 계약을 맺은 후 보험 목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때

2. 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 피보험자에게 도달된 것으로 봅니다.

제15조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 제13조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제14조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 이행하지 않았을 때

② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 최초계약(갱신형 보장이 있는 경우 갱신형 보장의 최초계약) 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료 등을 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
3. 최초계약(갱신형 보장이 있는 경우 갱신형 보장의 최초계약)을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 보통약관 제33조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 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 제4항에도 불구하고 손해가 제1항의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 약정한 보험금을 지급합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 손해의 보상을 거절하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 보며, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제16조(양도)

보험 목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면 동의한 경우 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제17조(사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약 체결일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제18조(특별약관의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 특별약관은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제19조(계약내용의 변경)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
   1. 보험종목
   2. 보험기간
   3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
   4. 계약자, 피보험자
   5. 보상한도액, 보험료 등 기타 계약의 내용

② 회사는 계약자가 제1회 보험료 등을 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

③ 회사는 계약자가 제1항 제5호의 규정에 의하여 보상한도액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 보통약관 제33조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

⑤ 제1항에 따라 보험료 등을 감액 혹은 증액할 경우 최초 안내한 만기환급금 또는 해약환급금보다 적거나 많아질 수 있습니다.

제20조(조사)

① 회사는 보험 목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 특별약관의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제21조(타인을 위한 계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 특별약관이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를

배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

타인을 위한 계약
계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제22조(계약자의 임의해지)
계약자는 손해가 발생하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 보통약관 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제23조(중대사유로 인한 해지)
① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자 또는 피보험자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자 또는 피보험자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 보통약관 제33조(해약환급금) 제 1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제24조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제24조(보통약관 계약의 소멸)은 적용하지 않습니다.

1. 가족일상생활중배상책임Ⅳ 특별약관
1-1. 가족일상생활중배상책임Ⅳ(갱신형_3년) 특별약관

1-1은 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보상하는 손해)
① 회사는 제2조(피보험자의 범위)에서 규정된 이 특별약관의 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다)중 제4항에서 정한 보장개시일 이후에 열거한 사고로 피해자의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)의 장해 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해(이하 “배상책임손해”라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상합니다.
1. 피보험자가 살고 있는 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다, 이하 동일합니다)과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고
3. 제1호 및 제2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한함

② 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택의 사고에 대하여 보험회사가 보상책임을 부담합니다.

③ 제6조 2항 2호에도 불구하고, 제2항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주 또는 소유하게 된 주택이 다르게 된 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 및 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하고 그로 인한 배상책임이 발생한 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

④ 위 1항의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 갱신형(최초계약)의 경우
   가. 누수사고 이외의 사고 : 보험계약일
   나. 누수사고 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. 갱신형(갱신계약)의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

< 누수사고 보장개시일 >
(갱신형(최초계약)에 한함)

제2조(피보험자의 범위)

① 제1조(보상하는 손해)에서 피보험자는 아래의 사람을 말합니다

1. 보험증권에 기재된 피보험자(이하 기명피보험자라 합니다)
2. 기명피보험자의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자
3. 기명피보험자 또는 기명피보험자의 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 친족(민법 제777조(친족의 범위)에서 규정한 친족을 말합니다)
4. 기명피보험자 또는 기명피보험자의 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀

② 제1항에서 기명피보험자와 기명피보험자 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제3조(누수사고의 정의)

이 특별약관에서 「누수사고」라 함은 피보험자의 주택 또는 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택 내 각종 급·배수 설비(배관, 수관, 수조, 오수관, 우수관, 싱크대배관, 보일러배관, 난방배관 등 건물 내 설치된 모든 급·배수 설비를 지칭합니다)를 비롯한 주택 건물 및 부대설비의 노후화, 하자, 결함 등으로 인하여 타인의 재물에 수침손해 또는 오염손해를 끼치게 되는 사고를 말합니다.

단, 화재사고 발생시 스프링클러(sprinkler) 작동, 소방수 피해 등의 소방피해는 누수사고에 해당하지 않습니다.

제4조(보상하는 손해의 범위)

회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래 각 호와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
   가. 피보험자가 [0. 배상책임관련 공통약관] 제9조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용.
   나. 피보험자가 [0. 배상책임관련 공통약관] 제9조(손해방지의무) 제1항 제2호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
   라. 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

공탁보증보험료

가압류, 가집행, 가처분 등 각종 민사사건을 신청할 때, 잘못된 신청으로 인해 발생하는 피신청인의 손해를 법적으로 보상해 주기 위해 법원에 납부하는 공탁금을 대신하는 보험상품을 공탁보증보험이라 하며, 이 보험에 가입하기 위해 필요한 보험료를 공탁보증보험료라 말합니다.

마. 피보험자가 [0. 배상책임관련 공통약관] 제10조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제5조(보험금 등의 지급한도)

회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

1회의 보험사고

1회의 보험사고라 함은 하나의 원인 또는 사실상 같은 종류의 위험에 계속적, 반복적 또는 누적적으로 노출되어 그 결과로 발생한 사고로써 피보험자나 피해자의 수 또는 손해배상청구의 수에 관계없이 1회의 사고로 봅니다.

1. 제4조(보상하는 손해의 범위) 제1호의 손해배상금 : 1사고당 이 특약의 보상한도액을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다. 다만, 자기부담금은 누수와 누수 이외의 사고에 따라 다를 수 있으며, 하나의 사고를 원인으로 누수와 누수 이외의 결과로 인한 배상책임이 동시에 발생한 경우, 해당 사고는 '누수사고'로 봅니다.

대인배상책임

타인의 신체에 피해를 입혀 피보험자가 부담하는 법률상의 배상책임

대물배상책임

타인의 재물에 손해를 일으켜 피보험자가 부담하는 법률상의 배상책임

2. 제4조(보상하는 손해의 범위) 제2호 '가'목, '나'목 또는 '마'의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제4조(보상하는 손해의 범위) 제2호 '다', '라'의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 1억원 한도 내에서 보상합니다.

제6조(보상하지 않는 손해)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임. 그러나 약정이 없더라도 법률규정에 의하여 피보험자가 부담하게 될 배상책임은 보상합니다.
5. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임

핵연료물질

사용된 연료를 포함합니다.

핵연료물질에 의하여 오염된 물질

원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

6. 위 제5호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해

7. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
8. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
10. 에너지 및 관리할 수 있는 자연력, 상표권, 특허권 등 무체물에 입힌 손해에 대한 배상책임
11. 통상적이거나 급격한 사고에 의한 것인가의 여부에 관계없이 공해물질의 배출, 방출, 누출, 넘쳐흐름 또는 유출로 생긴 손해에 대한 배상책임 및 오염제거비용

② 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임
2. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산에 기인하는 배상책임
3. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중 입은 신체의 장해(신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다)에 기인하는 배상책임
4. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
5. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 손해에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 않습니다.
6. 피보험자의 심신상실에 기인하는 배상책임
7. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타에 기인하는 배상책임
8. 항공기, 선박, 차량, 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용, 관리에 기인하는 배상책임

용어의 정의

·차량 : 자동차관리법 및 도로교통법에서 정한 「자동차」, 「이륜자동차」 및 「원동기장치자전거」를 말합니다.

※ 세그웨이류, 전동킥보드, 전동이륜평행차 등은 자동차관리법에서 정한 「이륜자동차」, 도로교통법에서 정한 「원동기장치자전거」에 포함됩니다. 또한 도로교통법에서 정한 개인형이동장치(시속25킬로미터 미만의 속도제한 및 중량 30킬로그램미만) 역시 원동기장치자전거에 해당됩니다.

9. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
10. 폭력행위에 기인하는 배상책임

제7조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관]을 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보상하는 손해) 제4항 제1호에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 「0. 배상책임관련 공통약관」을 따릅니다.

제5장. 비용손해관련 특별약관

1. 원격지암직접치료통원 임시거주비(1일당10만원한도) 특별약관

1-1. 원격지암직접치료통원 임시거주비(1일당10만원한도)(통합간편가입형) 특별약관
1-2. 원격지암직접치료통원 임시거주비(1일당10만원한도) 특별약관

1-1, 1-2는 비갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 원격지암직접치료통원 임시거주비(1일당10만원한도) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 정의 및 진단확정)의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고, 그 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)의 직접적인 치료」를 목적으로 원격지에서 통원하기 위해 「임시거주비」를 지출한 경우에는 통원 1일당 10만원을 한도로 아래의 급액을 지급.

구 분	지 급 금 액
원격지암직접치료통원 임시거주비(1일당10만원한도)	통원한 1일당 실제 지출한 「임시거주비」(1일당10만원한도)

제2조(「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」(이하 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」이라 합니다)이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 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

제3조(「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)의 직접적인 치료」의 정의)

① 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)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(기타피부암 및 갑상선암 포함)의 직접적인 치료」에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)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 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)의 직접적인 치료」로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. 암의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. 암의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제4조(용어의 정의)

① 이 특별약관에서 「원격지」라 함은「거주지」가 아닌 지역을 말하며, 「거주지」는 통원 당일 주민등록등본상 주소를 기준으로 합니다.

② 제1항의 「원격지」및「거주지」는 도에 인접한 광역시를 통합한 단위를 기준으로 아래와 같이 10개의 지역으로 구분합니다.
1. 서울
2. 경기도권(인천광역시, 경기도)
3. 충청북도
4. 충청남도권(대전광역시, 세종특별자치시, 충청남도)
5. 강원도
6. 전라북도
7. 전라남도권(광주광역시, 전라남도)

8. 경상북도권(대구광역시, 경상북도)
9. 경상남도권(부산광역시, 울산광역시, 경상남도)
10. 제주도

[보험금 지급예시]
[예시1]
- 거주지가 경기도 일산인 피보험자가 서울시 강남구 소재 A병원에서 암치료를 받고 서울시 중구에서 임시거주비를 지출한 경우
  → 임시거주비를 지출한 서울시 강남구 및 중구는 「거주지」인 제2항의 2. 경기도권(인천광역시, 경기도)가 아닌 「원격지」에 해당되므로 원격지 암직접치료통원 임시거주비(1일 10만원한도) 지급

[예시2]
- 거주지가 경기도 파주인 피보험자가 서울시 관악구 소재 B병원에서 암치료를 받고 경기도 수원에서 임시거주비를 지출한 경우
  → 임시거주비를 지출한 경기도 수원은 「거주지」인 제2항의 2. 경기도권(인천광역시, 경기도)으로 「원격지」에 해당되지 않으므로 원격지 암직접치료통원 임시거주비(1일 10만원한도) 미지급

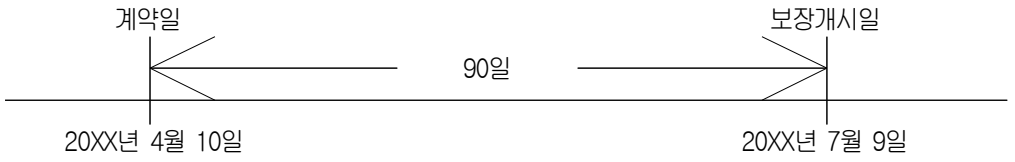
③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「임시거주비」라 함은 피보험자가「원격지」에 위치한 숙박시설 또는 음식점을 이용하여 실제로 지출한 숙박비 및 식비를 합한 금액을 말합니다.
1. 숙박비 : 통원한 날 또는 그 전날에 숙박시설 이용시 발생한 1일당 숙박비
2. 식비 : 숙박시설 이용시 발생한 식비

④ 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)의 직접치료」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 원격지암직접치료통원 임시거주비(1일당10만원한도)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(단, 기타피부암 및 갑상선암에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다)입니다.

< 원격지암직접치료통원 임시거주비(1일당10만원한도)의 보장개시일 >
(단, 기타피부암 및 갑상선암은 제외)



② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)의 직접적인 치료」를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
다만 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단된 경우에는 이는 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익

자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가「원격지」가 아닌 「거주지역」에서 통원한 경우
2. 피보험자가「원격지」가 아닌 「거주지역」에서 임시거주비를 지출한 경우
3. 암의 직접적인 치료를 위한 통원 목적 외에 다른 사유로 임시거주하는 경우
4. 피보험자에게 비용이 발생하지 않은 장소에서 임시거주하는 경우
5. 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 의료기관에서 입원하는 경우
6. 노인복지법 제34조 제1항에서 규정한 노인의료복지시설에 입소하는 경우
7. 공중위생관리법 제2조 제1항 제2호에 따른 '숙박업' 및 관광진흥법 시행령 제2조 제1항 제2호의 '호텔업'에 해당하지 않는 숙박시설(현행 법령상 불법으로 분류되는 숙박시설을 포함합니다)에서 임시거주하는 경우

공중위생관리법 제2조(정의) 제1항 제2호

2. "숙박업"이라 함은 손님이 잠을 자고 머물 수 있도록 시설 및 설비등의 서비스를 제공하는 영업을 말한다. 다만, 농어촌에 소재하는 민박등 대통령령이 정하는 경우를 제외한다.

관광진흥법 시행령 제2조 제1항 제2호(호텔업의 종류)

가. 관광호텔업: 관광객의 숙박에 적합한 시설을 갖추어 관광객에게 이용하게 하고 숙박에 딸린 음식·운동·오락·휴양·공연 또는 연수에 적합한 시설 등(이하 "부대시설"이라 한다)을 함께 갖추어 관광객에게 이용하게 하는 업(業)

나. 수상관광호텔업: 수상에 구조물 또는 선박을 고정하거나 매어놓고 관광객의 숙박에 적합한 시설을 갖추거나 부대시설을 함께 갖추어 관광객에게 이용하게 하는 업

다. 한국전통호텔업: 한국전통의 건축물에 관광객의 숙박에 적합한 시설을 갖추거나 부대시설을 함께 갖추어 관광객에게 이용하게 하는 업

라. 가족호텔업: 가족단위 관광객의 숙박에 적합한 시설 및 취사도구를 갖추어 관광객에게 이용하게 하거나 숙박에 딸린 음식·운동·휴양 또는 연수에 적합한 시설을 함께 갖추어 관광객에게 이용하게 하는 업

마. 호스텔업: 배낭여행객 등 개별 관광객의 숙박에 적합한 시설로서 샤워장, 취사장 등의 편의시설과 외국인 및 내국인 관광객을 위한 문화·정보 교류 시설 등을 함께 갖추어 이용하게 하는 업

바. 소형호텔업: 관광객의 숙박에 적합한 시설을 소규모로 갖추고 숙박에 딸린 음식·운동·휴양 또는 연수에 적합한 시설을 함께 갖추어 관광객에게 이용하게 하는 업

사. 의료관광호텔업: 의료관광객의 숙박에 적합한 시설 및 취사도구를 갖추거나 숙박에 딸린 음식·운동 또는 휴양에 적합한 시설을 함께 갖추어 주로 외국인 관광객에게 이용하게 하는 업

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 통원치료확인서, 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. 주민등록등본(최근 변동사항 포함)
5. 발생한 비용을 증명하는 서류(숙박비 및 식비 지출 영수증, 단, 간이영수증 제외)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금의 분담)

① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 특별약관과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 특별약관의 보상책임액}}{\text{다른계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

공제계약
유사보험으로서 공제 사업을 실시하는 경영주체와 공제 계약자 사이에 체결되는 계약을 말합니다. 우체국, 신협, 새마을금고 등이 공제계약을 취급합니다.

② 이 특별약관이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제9조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제21조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(갑상선암, 기타피부암은 제외합니다)으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제11조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

제6장. 제도성 특별약관

1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관은 아래에 해당하는 특별약관(이하 「갱신형 보장특약」이라 합니다)에 적용됩니다.

[제1장. 상해관련 특별약관]
[20. 아나필락시스진단비(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관] [28-3. 일반상해후유장해(3~100%)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관] [28-4. 일반상해후유장해(3~100%)(갱신형_20년) 특별약관] [29-3. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관] [29-4. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관] [30-3. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일-180일)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관] [30-4. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관] [31-3. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-180일)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관] [31-4. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관] [38-3. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관] [38-4. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상)(갱신형_20년) 특별약관] [39-3. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관] [39-4. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상)(갱신형_20년) 특별약관]
[제2장. 질병관련 특별약관]
[1-3. 질병사망(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관] [1-4. 질병사망(갱신형_20년) 특별약관] [7-3. 암진단비(유사암제외)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관] [7-4. 암진단비(유사암제외)(갱신형_20년) 특별약관] [8-3. 유사암진단비(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관] [8-4. 유사암진단비(갱신형_20년) 특별약관] [10. 재진단암Ⅲ진단비(갱신형_20년) 특별약관] [10-1. 재진단암Ⅲ진단비(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관] [10-2. 재진단암Ⅲ진단비(갱신형_20년) 특별약관] [23-3. 허혈성심질환진단비Ⅱ(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관] [23-4. 허혈성심질환진단비Ⅱ(갱신형_20년) 특별약관] [30-3. 뇌혈관질환진단비Ⅱ(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관] [30-4. 뇌혈관질환진단비Ⅱ(갱신형_20년) 특별약관] [37. 표적항암약물허가치료비Ⅱ(갱신형_10년) 특별약관] [37-1. 표적항암약물허가치료비Ⅱ(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관] [37-2. 표적항암약물허가치료비Ⅱ(갱신형_10년) 특별약관] [38. 표적항암약물허가치료비Ⅱ(기타피부암 및 갑상선암 이외의 암)(갱신형_10년) 특별약관]

[38-1. 표적항암약물허가치료비II(기타피부암 및 갑상선암 이외의 암)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관]
[38-2. 표적항암약물허가치료비II(기타피부암 및 갑상선암 이외의 암)(갱신형_10년) 특별약관]
[42-3. 신재진단암진단비II(기타피부암,갑상선암 및 전립선암 포함, 5회한)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관]
[42-4. 신재진단암진단비II(기타피부암,갑상선암 및 전립선암 포함, 5회한)(갱신형_20년) 특별약관]
[44. 표적항암약물허가치료비II(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관]
[44-1. 표적항암약물허가치료비II(연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관]
[44-2. 표적항암약물허가치료비II(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관]
[45. 항암호르몬약물허가치료비(기타피부암 및 갑상선암이외의 암)(갱신형_10년) 특별약관]
[45-1. 항암호르몬약물허가치료비(기타피부암 및 갑상선암이외의 암)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관]
[45-2. 항암호르몬약물허가치료비(기타피부암 및 갑상선암이외의 암)(갱신형_10년) 특별약관]
[46. 갑상선암호르몬약물허가치료비(갱신형_10년) 특별약관]
[46-1. 갑상선암호르몬약물허가치료비(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관]
[46-2. 갑상선암호르몬약물허가치료비(갱신형_10년) 특별약관]
[47. 항암양성자방사선치료비II(갱신형_10년) 특별약관]
[47-1. 항암양성자방사선치료비II(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관]
[47-2. 항암양성자방사선치료비II(갱신형_10년) 특별약관]
[48. 항암세기조절방사선치료비II(갱신형_10년) 특별약관]
[48-1. 항암세기조절방사선치료비II(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관]
[48-2. 항암세기조절방사선치료비II(갱신형_10년) 특별약관]
[49. 항암세기조절방사선치료비(토모테라피)II(갱신형_10년) 특별약관]
[49-1. 항암세기조절방사선치료비(토모테라피)II(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관]
[49-2. 항암세기조절방사선치료비(토모테라피)II(갱신형_10년) 특별약관]
[50. 항암정위방사선치료비II(갱신형_10년) 특별약관]
[50-1. 항암정위방사선치료비II(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관]
[50-2. 항암정위방사선치료비II(갱신형_10년) 특별약관]
[58-1. 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(특정부인과질환)(최초1회한)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관]
[58-1-1. 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(특정부인과질환)(최초1회한)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관]
[58-2. 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(특정부인과질환)(최초1회한)(갱신형_10년) 특별약관]
[58-2-1. 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(특정부인과질환)(최초1회한)(갱신형_10년) 특별약관]
[59-1. 종합병원 특정질환 로봇수술비(연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_5년) 특별약관]
[59-1-1. 종합병원 특정질환 로봇수술비(연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_5년) 특별약관]
[59-2. 종합병원 특정질환 로봇수술비(연간1회한)(갱신형_5년) 특별약관]
[59-2-1. 종합병원 특정질환 로봇수술비(연간1회한)(갱신형_5년) 특별약관]
[60. 다빈치및레보아이로봇 암수술비(최초1회한)(갱신형_10년) 특별약관]
[60-1. 다빈치및레보아이로봇 암수술비(최초1회한)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관]
[60-2. 다빈치및레보아이로봇 암수술비(최초1회한)(갱신형_10년) 특별약관]
[66-1-2. 요실금수술비(급여_연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관]
[66-2-2. 요실금수술비(급여_연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관]
[71-1. 암·순환계질환 원케어치료비(실속형/고급형)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관]
[71-1-1. 암·순환계질환 원케어치료비(실속형/고급형)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관]
[71-2. 암·순환계질환 원케어치료비(실속형/고급형)(갱신형_20년) 특별약관]
[71-2-1. 암·순환계질환 원케어치료비(실속형/고급형)(갱신형_20년) 특별약관]
[75. 카티(CAR-T) 항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관]
[75-1. 카티(CAR-T) 항암약물허가치료비(연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관]
[75-2. 카티(CAR-T) 항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관]

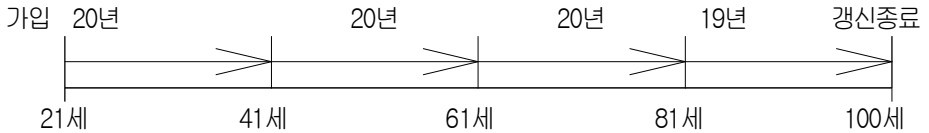
[81-3. 중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상보장(통합간편기입형)(갱신형_20년) 특별약관]
[81-4. 중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상보장(갱신형_20년) 특별약관]
[81-5. 중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상보장(통합간편기입형)(갱신형_10년) 특별약관]
[81-6. 중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상보장(갱신형_10년) 특별약관]
[82-3. 질병후유장해(3~100%)(통합간편기입형)(갱신형_20년) 특별약관]
[82-4. 질병후유장해(3~100%)(갱신형_20년) 특별약관]
[86. 표적치매약물허가치료비II(최경증치매·경증알츠하이머치매)(갱신형_20년) 특별약관]
[86-1. 표적치매약물허가치료비II(최경증치매·경증알츠하이머치매)(간편기입)(갱신형_20년) 특별약관]
[86-2. 표적치매약물허가치료비II(최경증치매·경증알츠하이머치매)(갱신형_20년) 특별약관]
[87. 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(치료당,36회한)(갱신형_20년) 특별약관]
[87-1. 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(치료당,36회한)(간편기입)(갱신형_20년) 특별약관]
[87-2. 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(치료당,36회한)(갱신형_20년) 특별약관]
[88. 표적치매약물허가치료 중 MRI 검사지원비(3회한)(갱신형_20년) 특별약관]
[88-1. 표적치매약물허가치료 중 MRI 검사지원비(3회한)(간편기입)(갱신형_20년) 특별약관]
[88-2. 표적치매약물허가치료 중 MRI 검사지원비(3회한)(갱신형_20년) 특별약관]
[89-1. 치매통합치료보장II(간편기입)(갱신형_20년) 특별약관]
[89-1-1. 치매통합치료보장II(간편기입)(갱신형_20년) 특별약관]
[89-2. 치매통합치료보장II(갱신형_20년) 특별약관]
[89-2-1. 치매통합치료보장II(갱신형_20년) 특별약관]
[102-3. 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(금액없음)(통합간편기입형)(갱신형_20년) 특별약관]
[102-4. 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(금액없음)(갱신형_20년) 특별약관]
[102-5. 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(금액없음)(통합간편기입형)(갱신형_10년) 특별약관]
[102-6. 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(금액없음)(갱신형_10년) 특별약관]
[103-3. 중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장(통합간편기입형)(갱신형_20년) 특별약관]
[103-4. 중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장(갱신형_20년) 특별약관]
[103-5. 중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장(통합간편기입형)(갱신형_10년) 특별약관]
[103-6. 중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장(갱신형_10년) 특별약관]
[111. 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관]
[111-1. 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)(통합간편기입형)(갱신형_10년) 특별약관]
[111-2. 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관]
[118-1-2. 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)(통합간편기입형)(갱신형_20년) 특별약관]
[118-2-2. 간병인사용 질병입원비III(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관]
[119-1-2. 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-180일)(통합간편기입형)(갱신형_20년) 특별약관]
[119-2-2. 간병인사용 질병입원비III(요양병원)(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관]
[120-1-2. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-180일)(통합간편기입형)(갱신형_20년) 특별약관]
[120-2-2. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비III(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관]
[141-1-2. 간병인사용 질병입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상)(통합간편기입형)(갱신형_20년) 특별약관]
[141-2-2. 간병인사용 질병입원지원비III(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상)(갱신형_20년) 특별약관]
[142-1-2. 간병인사용 질병입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상)(통합간편기입형)(갱신형_20년) 특별약관]
[142-2-2. 간병인사용 질병입원지원비III(요양병원)(간병인비용연간200만원이상)(갱신형_20년) 특별약관]
[149-1. 플래티넘 건강 리셋월렛(3대질병고액치료,간병및상급병실입원)(통합간편기입형)(갱신형_20년) 특별약관]
[149-1-1. 플래티넘 건강 리셋월렛(3대질병고액치료,간병및상급병실입원)(통합간편기입형)(갱신형_20년) 특별약관]
[149-2. 플래티넘 건강 리셋월렛(3대질병고액치료,간병및상급병실입원)(갱신형_20년) 특별약관]
[149-2-1. 플래티넘 건강 리셋월렛(3대질병고액치료,간병및상급병실입원)(갱신형_20년) 특별약관]

[150-1. 플래티넘 건강 리셋월렛II(3대질병고액및중환자실치료,특정질병수술및동반입원)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관] [150-1-1. 플래티넘 건강 리셋월렛II(3대질병고액및중환자실치료,특정질병수술및동반입원)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관] [150-2. 플래티넘 건강 리셋월렛II(3대질병고액및중환자실치료,특정질병수술및동반입원)(갱신형_20년) 특별약관] [150-2-1. 플래티넘 건강 리셋월렛II(3대질병고액및중환자실치료,특정질병수술및동반입원)(갱신형_20년) 특별약관] [152-3. 암진단비(유사암제외)(5회지급형)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관] [152-4. 암진단비(유사암제외)(5회지급형)(갱신형_20년) 특별약관] [171-3. 항암중입자방사선치료비(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관] [171-4. 항암중입자방사선치료비(갱신형_10년) 특별약관] [194. 열번보장받는 통합진단비III(기본형/고급형)(갱신형_20년) 특별약관] [194-1. 열번보장받는 통합진단비III(기본형/고급형)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관] [194-2. 열번보장받는 통합진단비III(기본형/고급형)(갱신형_20년) 특별약관]
[제3장. 상해 및 질병관련 특별약관]
[4-3. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장II(연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관] [4-4. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장II(연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관] [4-5. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장II(연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관] [4-6. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장II(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관] [5-3. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장II(연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관] [5-4. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장II(연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관] [5-5. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장II(연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관] [5-6. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장II(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관] [6-1. 플래티넘 건강 리셋월렛(3대질병고액치료,간병및상급병실입원,상해사망)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관] [6-1-1. 플래티넘 건강 리셋월렛(3대질병고액치료,간병및상급병실입원,상해사망)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관] [6-2. 플래티넘 건강 리셋월렛(3대질병고액치료,간병및상급병실입원,상해사망)(갱신형_20년) 특별약관] [6-2-1. 플래티넘 건강 리셋월렛(3대질병고액치료,간병및상급병실입원,상해사망)(갱신형_20년) 특별약관] [7-1. 플래티넘 건강 리셋월렛II(3대질병고액및중환자실치료,특정질병수술및동반입원,상해사망)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관] [7-1-1. 플래티넘 건강 리셋월렛II(3대질병고액및중환자실치료,특정질병수술및동반입원,상해사망)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관] [7-2. 플래티넘 건강 리셋월렛II(3대질병고액및중환자실치료,특정질병수술및동반입원,상해사망)(갱신형_20년) 특별약관] [7-2-1. 플래티넘 건강 리셋월렛II(3대질병고액및중환자실치료,특정질병수술및동반입원,상해사망)(갱신형_20년) 특별약관]
[제4장. 배상책임관련 특별약관]
[1-1. 가족일상생활중배상책임IV(갱신형_3년) 특별약관]

제2조(갱신형 보장특약의 자동갱신)

① 갱신형 보장특약의 최초계약 보험기간은 각 특약별 보험기간으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료나이를 말합니다)까지의 기간이 최초계약의 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

갱신시 보험기간 예시
(예시1) 21세 피보험자가 20년만기로 100세까지 갱신하는 경우
갱신시점 나이 : 41세, 61세, 81세
- 81세에서는 갱신종료나이까지의 잔여기간에 해당하는 19년 만기로 운용



② 갱신형 보장특약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 갱신형 보장특약의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 갱신형 보장특약(이하 “갱신전 보장특약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 갱신형 보장특약의 만기일(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
1. 갱신된 갱신형 보장특약(이하 “갱신후 보장특약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간내일 것
2. 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것
3. 갱신전 보장특약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

③ 제1항에도 불구하고 아래에 해당하는 특별약관은 갱신시점에서 (갱신종료나이-1)세까지의 잔여기간이 20년보다 짧은 경우에는 (갱신종료나이-1)세까지의 잔여기간을 보험기간으로 하며, 갱신시점 나이가 (갱신종료나이-1)세인 경우에는 1년을 보험기간으로 합니다. 그 외는 제1항에서 정한 사항을 따릅니다.

[10-1. 재진단암III진단비(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관]
[10-2. 재진단암III진단비(갱신형_20년) 특별약관]

④ 제1항에도 불구하고 아래에 해당하는 특별약관은 갱신시점에서 (갱신종료나이-1)세까지의 잔여기간이 20년보다 짧은 경우에는 (갱신종료나이-1)세까지의 잔여기간을 보험기간으로 하며, 갱신시점 나이가 (갱신종료나이-1)세인 경우에는 1년을 보험기간으로 합니다. 그 외는 제1항에서 정한 사항을 따릅니다.

[42-3. 신재진단암진단비II(기타피부암,갑상선암 및 전립선암 포함, 5회한)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관]
[42-4. 신재진단암진단비II(기타피부암,갑상선암 및 전립선암 포함, 5회한)(갱신형_20년) 특별약관]

제3조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 보장특약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사가 정하는 14일 이상의 기간을 납입유예기간으로 하며, 이 납입유예내에 연체 보험료를 납입하지 않는 경우에는 납입유예기간이 끝나는 날의 다음날 해당 보장특약은 해제됩니다.

② 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 갱신후 보장특약에 따라 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신후 보장특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제4조(갱신형 보장특약 보험료의 납입방법)

① 계약자는 갱신형 보장의 보험료를 보험기간 동안 계속 납입하여야 합니다.

② 계약자가 이 특별약관의 보험료를 납입하지 않는 경우 보통약관 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간 안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드리며 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않은 경우 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제5조(자동갱신 적용)

① 회사는 제2조(갱신형 보장특약의 자동갱신)에 의하여 갱신형 보장특약이 갱신되는 경우 보험약관은 가입시

점의 약관을 적용하며(단, 법령의 개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 약관개정으로 인하여 약관이 변경된 경우에는 갱신일 현재의 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

② 회사는 갱신후계약 보험료에 대하여 갱신형 보장특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내합니다

③ 회사는 제1항의 약관이 변경되는 경우 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 갱신형 보장특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 2회이상 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 안내합니다.

④ 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 변경 전 계약의 만기일의 다음날(이하 「갱신일」)에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 변경 전 계약은 만료됩니다.

⑤ 회사가 제4항에 따른 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신일 현재의 약관 등에 대해 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

2. 특정 신체부위・질병 보장제한부 인수 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)를 체결할 때 피보험자의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 또는 보험계약을 체결한 후 계약전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관을 부가할 때 피보험자의 과거 병력과 의학적으로 인과관계가 있다는 의사의 소견이 있는 경우 또는 인과관계가 경험통계적으로 유의성 있게 확인된 경우 등과 같이 회사의 계약사정기준에 따라 직접 관련이 있는 특정신체부위 또는 특정질병으로 제한하며, 부담보 설정 범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.

계약사정기준

'계약사정기준'이란 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 등을 판별하고 이에 따라 인수여부를 결정하는 기준을 말합니다.

③ 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

④ 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 기본계약 및 특별약관에서 정한 보장 개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.

1. 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우
2. 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로

체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별면책조건의 내용)

① 보험계약에 이 특별약관을 부가할 때 피보험자의 건강상태에 따라서 제2항 제1호 및 제2호의 조건을 부가합니다.

② 이 특별약관에서 정한 면책기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생하는 경우 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 보험금 납입면제(대체) 사유가 발생한 경우에도 회사는 보험료 납입면제(대체)를 하지 않습니다. 다만, 질병으로 인한 사망 또는 80%이상 후유장해로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 예외로 합니다.

1. 「특정신체부위 분류표」(【별표27-1】 참조) 중에서 회사가 지정한 부위(이하 "특정부위"라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)
2. 「특정질병 분류표」(【별표27-2】 참조) 중에서 회사가 지정한 질병(이하 "특정질병"이라 합니다)

③ 제2항의 면책기간(이하 「부담보 기간」이라 합니다)은 특정부위 또는 특정질병의 상태에 따라 「1개월부터 5년」 또는 「보험계약의 보험기간」으로 하며 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 보험 계약 청약일 이후 5년을 지나는 동안 제2항 제1호 또는 제2호의 질병으로 인하여 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료를 받은 사실이 없을 경우 보험계약 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 보장하여 드리며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.

④ 제3항의 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑤ 제3항에도 불구하고 보험업법 제97조 제1항 제5호 및 동법 시행령 제43조의2 제1항에 따른 보장내용 등이 비슷한 보험계약(이하 「유사계약」이라 합니다)이 계약 청약일 현재 유지중이거나, 계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입 연체로 해지된 경우 유사계약에서 정한 「부담보 기간」 종료일 이내에서 계약의 「부담보 기간」을 적용하고, 유사계약에서 정한 질병과 동일하거나 축소된 범위로 계약의 부담보 설정 범위를 정하며, 유사계약이 다수인 경우 피보험자에게 가장 유리한 계약조건을 적용합니다. 단, 유사계약 청약일 이후 제2항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병과 관련한 새로운 위험(추가 진단·치료 등은 해당하지 않습니다)이 발생하거나, 새로운 질병에 대한 보장이 추가(입원비, 수술비, 진단비 등 보장 범위의 변경 또는 확대는 해당하지 않습니다)된 경우 이를 적용하지 아니할 수 있습니다.

⑥ 제3항에서 회사가 「부담보 기간」을 「보험계약의 보험기간」으로 적용한 경우 보험계약 청약일부터 5년 이내에 제2항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병으로 인하여 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료를 받지 않은 경우에는 보험계약 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 이 특별약관을 적용하지 않습니다. 단, 계약 청약일 현재 「부담보 기간」을 「보험계약의 보험기간」으로 적용한 유사계약이 유지중이거나, 계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입 연체로 해지된 경우 유사계약 청약일과 계약 청약일 사이에 제2항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료를 받지 않은 경우에는 계약의 청약일은 유사계약의 청약일로 봅니다.

⑦ 제2항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.

1. 제2항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
2. 제2항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정질병 이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우

⑧ 피보험자가 회사에서 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

⑨ 피보험자에게 보험사고가 발생한 경우, 그 사고가 특정질병 또는 특정부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

⑩ 제2항의 특정부위와 특정질병은 합산하여 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)의 규정을 따릅니다.

3. 선지급서비스 특별약관

제1조(적용대상)

① 이 선지급서비스 특별약관(이하 "특별약관"이라 합니다)를 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)가 부가되어 있는 경우에도 이 특별약관을 적용합니다.

제2조(지급사유)

① 회사는 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 전문의 자격증을 가진 자가 실시한 진단결과 피보험자의 남은 생존기간이 6개월 이내라고 판단한 경우에 회사의 신청서에 정한 바에 따라 사망보장 특별약관에서 정한 사망보험금의 50%를 선지급사망보험금(이하 "보험금"이라 합니다)으로 피보험자에게 지급합니다.
② 이 특별약관의 보험금을 지급하였을 때에는 지급한 보험금액에 해당하는 사망보장 특별약관의 보험가입금액이 지급일에 감액된 것으로 봅니다. 다만, 그 감액부분에 해당하는 해약환급금이 있어도 이를 지급하지 않습니다. 이 경우 이 특별약관의 보험금 지급일 이후 사망보장 특별약관에서 정한 사망보험금의 청구를 받아도 이 특별약관에 의하여 지급된 보험금액에 해당하는 사망보험금은 지급하지 않습니다.
③ 이 특별약관의 보험금이 지급되기 전에 사망보장 특별약관에서 정한 사망보험금의 청구를 받았을 경우 이 특별약관의 보험금 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보아 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.
④ 사망보장 특별약관에서 정한 사망보험금이 지급된 때에는 그 이후 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.
⑤ 이 특별약관의 보험금 지급에 있어서는 회사가 정하는 바에 따라 남은 생존기간 상당분의 이자 및 보험료를, 또 보통약관에 보험계약대출금이 있는 경우에는 그 원리금 합계를 뺀 금액을 지급합니다.
⑥ 이 특별약관의 보험금을 지급할 때 보험금액의 계산은 보험금을 지급하는 날의 사망보장 특별약관의 사망보험금액을 기준으로 합니다.

제3조(보험금의 지정대리 청구인)

① 계약자가 이 특별약관의 보험금을 계약자가 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자 중 2인이내에서 보험금의 대리청구인(이하, "지정대리청구인"이라 합니다)을 지정할 수 있으며, 2인을 지정대리청구인으로 지정시 대표대리인을 지정해야 합니다. 또한, 지정대리청구인은 제3항에 의한 변경지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
   1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상 배우자

2. 피보험자의 3촌 이내 친족

② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 이 특별약관의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

③ 계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 계약자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 지정대리청구인은 제6항에서 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험수익자 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.

⑤ 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

⑥ 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(보험금을 지급하지 않는 보험사고)

계약자 또는 지정대리청구인의 고의에 의하여 피보험자가 제2조(지급사유) 제1항에 해당된 경우에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 보험료)

이 특별약관의 보험료는 없습니다.

제6조(보험금의 지급)

① 회사는 제3조(보험금의 지정대리 청구인) 제6항의 보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이 특별약관의 보험금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 접수 후 10영업일 이내에 드립니다.

② 제1항의 규정에 따라 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 보험계약자가 회사로부터의 사실 조회에 대하여 정당한 사유없이 회답 또는 동의를 거부한 때에는, 그 회답 또는 동의를 얻어 사실 확인이 끝날 때까지 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다. 또한, 회사가 지정한 의사에 의한 피보험자의 진단을 요구한 경우에도 진단을 받지 않은 때에는 진단을 받고 사실 확인이 끝날 때 까지 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 회사는 제1항의 규정에 의한 지급기일내에 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 때에는 그 지급기일의 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 이 보험의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 사망보장 특별약관을 따릅니다.

4. 보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료의 납입)

① 계약자는 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동 납입합니다.

② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관 제18조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료납입 해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조(계약후 알릴의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래 정지된 경우에는 그 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

5. 이륜자동차 운전중(탑승포함)상해 부담보 특별약관

제1조(계약의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보험계약(보통약관 및 다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 “보험계약“이라 합니다)을 체결할 때 보험계약자(이하 “계약자“라 합니다)의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특별약관에 대한 회사의 보장개시일(책임개시일)은 보통약관 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일(책임개시일)과 동일합니다.

③ 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.

④ 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력이 없게된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(“탑승”을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등의 목적으로 주로 운전하는 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.

② 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법(하위 법령, 규칙 포함)에 정한 이륜자동차로 총배기량 또는 정격

출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차를 말하며, 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함)에 정한 '원동기장치자전거'를 포함합니다.

용어풀이

개인형이동장치(세그웨이, 전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등을 포함하며, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다)는 자동차관리법에서 정한 '이륜자동차', 도로교통법에서 정한 '원동기장치자전거'에 포함됩니다.

③ 제2항에서 '그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차'는 다음 각 호에 해당하는 자동차를 포함합니다.
1. 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
2. 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차
3. 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차

④ 제2항 및 제3항에서 자동차관리법(하위 법령, 규칙 포함) 및 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함) 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

⑤ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할경찰서에서 발생한 사고처리확인원 등으로 결정합니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 및 제29조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))에 따라 보험계약과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

6. 보험금대리청구인 지정서비스 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관(이하 "특약"이라 합니다)은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 계약자의 청약과 보험회사(이하 "회사"라 합니다)의 승낙으로 부가되어집니다.

② 제1조(적용대상)의 보험계약(이하 "계약"이라 합니다)이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제3조(대리청구인의 지정)

① 계약자는 보통약관 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나의 방식으로 대리청구인을 지정할 수 있습니다.
1. 제2항에서 정한 대리청구인 지정 가능 범위에 해당하는 자 중에서 대리청구인(2인 이내에서 지정

하되, 2인 지정시 대표대리인 지정)을 기명하여 지정할 수 있습니다.

2. 제1호에도 불구하고 무기명으로 제6조(보험금의 청구) 제1항 제4호의 서류에서 확인할 수 있는 대리청구인을 지정할 수 있습니다. 단, 지정된 무기명 대리청구인은 보험금 청구 시점을 기준으로 판단됩니다.

【대리청구인 지정 예시】
· 기명 대리청구인
- 계약자가 기명하여 지정 : (예시) "김OO"
· 무기명 대리청구인
- 계약자가 특정인을 기명하지 않고 지명
: (예시) 가족관계등록부 상 배우자

【무기명 대리청구인 판단 예시】
· 보험 가입 당시 무기명 대리청구인을 가족관계등록부 상 배우자(당시 해당 서류상 배우자 A)로 지정한 후에 계약자가 보험금을 직접 청구할 수 없어 대리청구하는 시점에 가족관계등록부 상 배우자가 B인 경우
→ 해당 시점 대리청구인은 제6조(보험금의 청구) 제1항 제4호로 증명할 수 있는 배우자 B

용어의 정의
<기명 대리청구인>
계약자가 보통약관 및 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 제3조(대리청구인의 지정) 제1항 제1호에 따라 기명으로 지정하는 보험금의 대리청구인을 말합니다.

<무기명 대리청구인>
계약자가 보통약관 및 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 제3조(대리청구인의 지정) 제1항 제2호에 따라 무기명으로 지정하는 보험금의 대리청구인을 말합니다.

② 제1항에 따라 지정 가능한 대리청구인은 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다. 또한, 제4조(대리청구인의 변경지정)에 따른 변경 지정 또는 제6조(보험금의 청구)에 따른 보험금 청구 시에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.
1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족. 단, 제1항 제2호에 따른 무기명 대리청구인 지정은 피보험자의 직계존속 또는 직계비속.

③ 제1항에 따라 대리청구인을 지정하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 대리청구인 지정 신청서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 계약자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부 등 계약자와의 관계를 증명할 수 있는 서류
4. 개인정보 관련 동의서

④ 제3항에도 불구하고, 제1항 제2호에 따라 계약자가 대리청구인을 무기명으로 지정하는 경우에는 제3항 제3호 내지 제4호에 해당하는 서류는 제출하지 않습니다.

⑤ 제1항에도 불구하고, 대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(대리청구인의 변경지정)

① 계약자는 다음의 서류를 제출하고 대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
1. 대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 계약자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
4. 개인정보 관련 동의서

② 제1항에도 불구하고 제3조(대리청구인의 지정) 제1항 제2호에 따라 계약자가 대리청구인을 무기명으로 변경 지정하는 경우에는 제1항 제3호 내지 제4호의 서류는 제출하지 않습니다.

제5조(보험금 지급 등의 절차)

① 제3조(대리청구인의 지정) 제1항에서 지정된 대리청구인은 제6조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 기명 대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고, 제3조(대리청구인의 지정) 제1항 제2호에 따라 지정된 무기명 대리청구인이 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하는 경우에는 해당 보험금은 보험수익자의 계좌로 지급됩니다. 다만, 2인 이상의 무기명 대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 한 명이 보험금을 청구할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 회사가 보험금을 대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

④ 제3조(대리청구인의 지정) 제1항에 따라 지정된 대리청구인이 가족관계등록부상 배우자였으나 보험금 청구 시점 당시 가족관계등록부상의 배우자가 아닐 경우에는 이미 지정된 대리청구인의 자격은 상실된 것으로 봅니다.

제6조(보험금의 청구)

① 대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 대리청구인의 신분증(주민등록증 또는 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. 피보험자 및 대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

7. 보장보험료 납입면제 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

③ 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 갖지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 갖지 않습니다.

제2조(보장보험료의 납입면제 사유)

회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중 다음 중 어느 하나의 사유가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 보장보험료의 납입을 면제합니다.

1. 피보험자가 제6조(「암」의 납입면제 보장개시일)에서 정한 「암 납입면제 보장개시일」 이후 제5조(납입면제대상 질병의 정의 및 진단확정) 제1항 제1호에서 정한「암」(이하「암」이라 합니다)으로 진단확정 되었을 경우
2. 피보험자가 제5조(납입면제대상 질병의 정의 및 진단확정) 제2항 제1호에서 정한「뇌졸중」으로 진단확정되었을 경우
3. 피보험자가 제5조(납입면제대상 질병의 정의 및 진단확정) 제3항 제1호에서 정한「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 경우
4. 피보험자가 상해로 「장해 분류표」(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
5. 피보험자가 진단 확정된 질병으로 「장해 분류표」(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

제3조(보장보험료 납입면제에 관한 세부규정)

① 제2조(보장보험료의 납입면제 사유)에도 불구하고 [제6장. 제도성 특별약관] [1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관] 제1조(적용대상)에서 정한 「갱신형 보장특약」의 보험료는 납입면제 되지 않습니다.

[원발암]

암이 발생한 부위가 아닌 다른 부위에 새로 발생한 암으로써 기존 암과는 서로 다른 조직병리학적 특성(histopathological appearance)을 지닌 암을 말합니다.

② 제2조(보장보험료의 납입면제 사유)에도 불구하고 피보험자가 제6조(「암」의 납입면제 보장개시일)에서 정한「암 납입면제 보장개시일」 전일 이전에 진단확정된 「암」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 제2조(보장보험료의 납입면제 사유)에서 정한 보장보험료 납입면제사유가 발생한 경우 회사는 보장보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

③ 제2조(보장보험료의 납입면제 사유) 제4호에서 정한 일반상해후유장해(80%이상)로 인한 보장보험료 납입면제에 관한 세부규정은 다음 각 호에서 정한 사항을 따릅니다.

1. 제2조(보장보험료의 납입면제 사유) 제4호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 「장해분류표」에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
2. 제1호에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 목의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

가. 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내
나. 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내

3. 「장해분류표」에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 「장해분류표」의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해로 인정하지 않습니다.
4. 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
5. 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
6. 이미 이 계약에서 보장보험료 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(납입면제 보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보장보험료 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제5호에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

④ 제2조(보장보험료의 납입면제 사유) 제5호에서 정한 질병후유장해(80%이상)으로 인한 보장보험료 납입면제에 관한 세부규정은 다음 각 호에서 정한 사항을 따릅니다.

1. 제2조(보장보험료의 납입면제 사유) 제5호에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단 확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 「장해분류표」에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
2. 제1호에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 목의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
   가. 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내
   나. 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내
3. 「장해분류표」에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 「장해분류표」의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해로 인정하지 않습니다.
4. 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
5. 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
6. 이미 이 계약에서 보장보험료 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(납입면제 보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보장보험료 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제5호에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

⑤ 제2조(보장보험료의 납입면제 사유)에도 불구하고 [제6장. 제도성 특별약관] [2. 특정 신체부위・질병 보장제한부 인수 특별약관]에서 정한 면책기간 중에 특별면책 조건에 해당하는 사유로 제2조(보장보험료의 납입면제 사유)의 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료 납입면제를 적용하지 않습니다.

⑥ 제2조(보장보험료의 납입면제 사유) 에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제2조(보장보험료의 납입면제 사유) 에서 정한 납입면제사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보장보험료를 납입면제하지 않는 사유)

이 특별약관의 보장보험료를 납입면제하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제5조(납입면제대상 질병의 정의 및 진단확정)

①「암」의 정의 및 진단확정

1.「암」이라 함은 제9차 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표13-1】 「악성신생물(암) 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2.「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3.「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표13-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
4.「암」,「갑상선암」,「기타피부암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
5. 제4호에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제4호에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

②「뇌졸중」의 정의 및 진단확정

1.「뇌졸중」이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표17】 참조)에 해당하는 1. 거미막하출혈, 2. 뇌내출혈,

3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착으로 분류되는 질병을 말합니다.

2. 제1호의 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
   가. 보험기간 중 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
   나. 부검감정서상 사인이 「뇌졸중」으로 확정되거나 추정되는 경우

③「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정

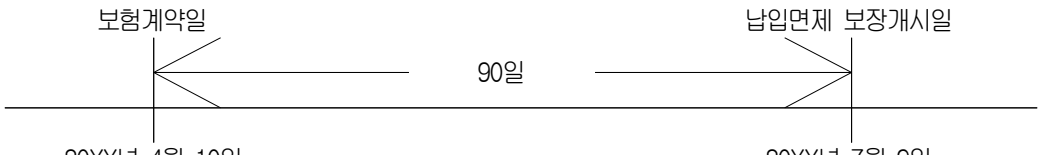
1.「급성심근경색증」이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표16】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

2. 제1호의 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사((치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
   가. 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
   나. 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제6조(「암」의 납입면제 보장개시일)

① 제2조(보장보험료의 납입면제 사유)의 「암」의 납입면제 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날 입니다.

< 암의 납입면제 보장개시일 >



② 보통약관 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관 내용의 변경)

이 특별약관의 내용의 변경은 보통약관 제22조(계약내용의 변경 등)을 따릅니다. 다만, 최초계약시를 제외하고는 이 특별약관을 추가할 수 없습니다.

제8조(특별약관의 해지)

보통약관 제30조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) 제1항에도 불구하고 이 특별약관은 해지할 수 없습니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

8. 장애인전용보험 전환 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위)

① 이 특별약관은 회사가 정한 방법에 따라 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(이하 “전환대상계약”이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.

1. 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호」에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

소득세법 제59조의4(특별세액공제)

① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.

1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

소득세법 시행령 제118조의4(보험료의 세액공제)

① 법 제59조의4제1항제1호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용 보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.

② 법 제59조의4제1항제2호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.

1. 생명보험
2. 상해보험
3. 화재·도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험
4. 「수산업협동조합법」,「신용협동조합법 또는 「새마을금고법」에 따른 공제
5. 「군인공제회법」,「한국교직원공제회법」,「대한지방행정공제회법」,「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제
6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3억원을 초과하는 경우는 제외한다.

소득세법 시행규칙 제61조의3(공제대상보험료의 범위)

영 제118조의4제2항 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제1항」에서 규정한 장애인인 보험

「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위)」에서 규정한 장애인

1.「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
2.「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
3. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

소득세법 시행규칙 제54조(장애아동의 범위)

영 제107조제1항제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동 복지지원법」 제21조제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

【 이 특별약관을 적용할 수 없는 사례 예시 】

1. 전환대상계약의 피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
   ⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.
2. 전환대상계약의 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
   ⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.
3. 전환대상계약의 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우
   ⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특별약관을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.

② 전환대상계약이 해지(解止) 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.
③ 제2조 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조 제1항에도 불구하고 이 특별약관은 그때부터 효력이 없습니다.
④ 이 특별약관의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제2조(제출서류)

① 이 특별약관에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 「소득세법 시행규칙 별지 제38호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본」(이하, “장애인증명서”라 합니다)을 제출하여 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.
② 제1항에도 불구하고 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 「장애인복지법」에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.
③ 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1항 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.
④ 제1항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제3조(장애인전용보험으로의 전환)

① 회사는 이 특별약관이 부가된 전환대상계약을 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호」에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.
② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

설 명
2026년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2026년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특별약관을 청약하기 전(2026년 1월 15일~ 2026년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않고 특별세액공제 대상에 포함되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2026년 6월 1일~2026년 12월 31일) 납입된 보험료만 2026년 특별세액공제 대상이 됩니다.

③ 제2항에도 불구하고,「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우」에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

설 명
2026년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2026년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2026년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.

④ 전환대상계약에 이 특별약관이 부가된 이후 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특별약관의 효력이 없어진 경우 해당 전환대상계약에는 이 특별약관을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

제4조(전환 취소)
계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 취소할 수 있으며, 이 경우 전환취소 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제5조(준용규정)
① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다), 소득세법 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.
② 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

9. 전자서명 특별약관

제1조(적용대상)
이 특별약관은 전자서명을 포함한 전자문서 작성 및 제공에 대한 사전동의(사전동의서를 통한 동의)를 받은 보험계약에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 효력)
① 이 특별약관은 보험계약(보통약관 및 다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 “보험계약“이라 합니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특별약관을 통하여 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 계약을 청약할 수 있으며, 이 경우 보통약관 제20조(약관 교부 및 설명의무 등) 제3항에도 불구하고 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

제3조(약관교부의 특례)

① 계약자가 동의하는 경우 상품설명서, 보험약관 및 계약자 보관용 청약서 등(보험증권은 제외하며, 이하 "보험계약 안내자료"라 합니다)을 광기록매체(CD, DVD 등)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 않는 경우에는 청약한 날로부터 5영업일 이내에 보험계약 안내자료를 우편 등의 방법으로 계약자에게 드립니다.

제4조(계약자의 알릴의무)

① 계약자가 제3조(약관교부의 특례) 제1항에 정한 방법으로 보험계약 안내자료를 수령하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 보험계약 안내자료를 수령할 전자우편(이메일) 주소를 지정하여 회사에 알려야 합니다.
② 제1항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소가 변경되거나 사용 정지된 경우에는 그 사실을 지체없이 회사에 알려야 합니다.
③ 제1항 또는 제2항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않는 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 않아 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

10. 가입 후 무사고 고객 계약전환 특별약관

제1조(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.

제2조(계약전환 적용대상)

① 이 특별약관은 아래 제1호 내지 제3호의 조건을 모두 충족한 계약의 계약자가 제4조(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

위험이 감소된 경우(예시)
피보험자의 “무사고 기간”이 아래와 같이 변경된 경우를 말합니다.
-최초계약일부터 1년간 7대질병의 진단확정 및 질병이나 상해로 인한 입원 또는 수술을 받지 않은 경우
-최초계약일부터 2년간 7대질병의 진단확정 및 질병이나 상해로 인한 입원 또는 수술을 받지 않은 경우
-최초계약일부터 3년간 7대질병의 진단확정 및 질병이나 상해로 인한 입원 또는 수술을 받지 않은 경우
-최초계약일부터 4년간 7대질병의 진단확정 및 질병이나 상해로 인한 입원 또는 수술을 받지 않은 경우
-최초계약일부터 5년간 7대질병의 진단확정 및 질병이나 상해로 인한 입원 또는 수술을 받지 않은 경우

3. 전환전 계약이 일반심사형, 355간편가입형, 3.10.5간편심사형 계약이 아닐 것

② 회사는 제1항 내용을 확인하여 계약전환을 승낙 또는 거절 할 수 있으며, 회사가 계약전환을 거절한 경우에는 기존계약이 유지됩니다.

제3조(「무사고」 및 「무사고 기간」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「무사고」라 함은 아래 제1호 내지 제2호를 모두 충족하는 경우를 말합니다.

1. 최초 보험계약 시작일(갱신형 계약인 경우 최초계약일) 이후에 질병이나 상해로 인하여 입원 또는 수술(제왕절개포함)을 받지 않은 경우
2. 최초 보험계약 시작일(갱신형 계약인 경우 최초계약일) 이후에 "7대 질병" 으로 진단확정되지 않은 경우
※7대 질병 : 암, 협심증, 심근경색, 심장판막증, 간경화증, 뇌졸중증(뇌출혈, 뇌경색)

② 이 특별약관에 있어서 「무사고 기간」이라 함은 최초 보험계약 시작일(갱신형인 경우 최초계약일)부터 제1항에서 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.

제4조(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 제1항의 “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 간편심사 유형에 따라 아래와 같이 적용합니다.

최초계약 체결시	계약전환 신청기한
305간편가입형	최초보험계약 시작일로부터 1년이 경과한 날부터 최초 보험계약 시작일로부터 8년이 경과한 날 이전까지
315간편가입형	최초보험계약 시작일로부터 1년이 경과한 날부터 최초 보험계약 시작일로부터 7년이 경과한 날 이전까지
325간편가입형	최초보험계약 시작일로부터 1년이 경과한 날부터 최초 보험계약 시작일로부터 6년이 경과한 날 이전까지
335간편가입형	최초보험계약 시작일로부터 1년이 경과한 날부터 최초 보험계약 시작일로부터 5년이 경과한 날 이전까지
345간편가입형	최초보험계약 시작일로부터 1년이 경과한 날부터 최초 보험계약 시작일로부터 4년이 경과한 날 이전까지
355간편가입형 3.10.5간편심사형	계약전환 불가

④ 계약전환 신청기한 내에 회사가 계약자의 계약전환 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와의 연락두절로 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 계약전환 의사가 없는 것으로 봅니다.

제5조(계약전환의 적용)

① 회사가 계약전환을 승낙하여 계약이 전환된 경우, "전환후 계약"은 제3조(「무사고」 및 「무사고 기간」의 정의)에서 정한 「무사고 기간」에 따라 아래 계약으로 적용됩니다.

[무사고 기간 별 전환가능계약 예시]

전환전 계약 (계약체결시)	전환가능계약				
	무사고기간 (1년)	무사고기간 (2년)	무사고기간 (3년)	무사고기간 (4년)	무사고기간 (5년이상)
305간편가입형	315간편가입형	325간편가입형	335간편가입형	345간편가입형	355간편가입형
315간편가입형	325간편가입형	335간편가입형	345간편가입형	355간편가입형	
325간편가입형	335간편가입형	345간편가입형	355간편가입형		
335간편가입형	345간편가입형	355간편가입형			
345간편가입형	355간편가입형				전환불가
355간편가입형 3.10.5간편심사형	전환가능계약 없음				

② 계약전환이 되는 경우 “전환후 계약”은 아래에서 정한 사항에 대해 “전환전 계약”과 동일한 내용으로 전환됩니다.

1. 보장내용
2. 갱신/비갱신 유형
3. 납입면제 운영에 관한 사항(납입면제 적용/납입면제 미적용)
4. 해약환급금지급에 관한 사항 등 (해약환급금지급형 / 납입 후 해약환급금지급형의 50%지급형)
5. 간편가입형을 제외한 보험가입금액 등 기타 계약의 내용

③ "전환전 계약"에서 특별약관의 소멸사유가 발생한 경우에는 해당 특별약관은 계약전환이 불가능합니다(세부 보장별 소멸사유가 있는 경우에는 소멸사유가 발생한 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 보험료

는 환급합니다.
④ "전환후 계약"의 적용일은 회사의 계약전환 신청 승낙 후 최초 도래하는 보험료 납입일로 합니다.

제6조(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 등의 차이로 인하여 정산금액(이하 "정산금액" 이라 합니다)이 발생할 수 있으며 회사는 정산금액이 발생한 경우 환급합니다.
② 제1항에 따라 회사가 지급하여야 할 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(해약)환급금이 없거나 최초 가입시 안내한 만기(해약)환급금보다 적어질 수 있습니다.
④ 회사는 제1항 및 제2항에 따라 보험료 변경 및 정산금액 등을 환급하였으나 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 전환전 계약의 제3조(「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 제4항에 따라 "전환후 계약"이 무효가 된 경우에는 제2항에 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 제5항의 보험료 증액의 추가납입 및 추징액이 연체되는 경우에는 계약의 보험금 지급사유 발생시 해당금액을 보험금에서 삭감한 후 지급합니다.
⑦ 계약이 전환되는 경우에도 최초계약의 보통약관 제14조(계약 전 알릴 의무), 제15조(상해보험 계약 후 알릴 의무), 제16조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제17조(사기에 의한 계약) 조항은 전환후 계약에서도 효력이 계속됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

별 표

【별표1】 장해 분류표

【 총 칙 】

1. 장해의 정의
   1) 『장해』 라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
   2) 『영구적』 이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
   3) 『치유된 후』 라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
   4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장해 지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
   5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

2. 신체부위
   『신체부위』 라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 장해의 판정
   1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
   2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
   3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
   4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
   5) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것)여부 ② 객관적 이유 및 개호(간병)의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

【 장해분류별 판정기준 】

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.

2) 『교정시력』이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.

3) 『한 눈이 멀었을 때』라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(『광각무』) 겨우 가릴 수 있는 경우(『광각유』)를 말한다.

4) 『한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때』라 함은 안전수동(Hand Movement)[주1], 안전수지(Finger Counting)[주2] 상태를 포함한다.

※주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

5) 안구(눈동자) 운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가한다.

6) 『안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장해』라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

① 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우

② 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우

7) 『안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장해』라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.

8) 『뚜렷한 시야 장해』라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 평가 시 자동시야검사계(골드만 심야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.

9) 『눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때』라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.

10) 『눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때』라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈

을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 『뚜렷한 추상(추한 모습)』으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 『약간의 추상(추한 모습)』으로 지급률을 가산한다.

12) 『눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때』에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10
7) 평형기능에 장해를 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가하여야 한다.

2) 『한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때』라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.

3) 『심한 장해를 남긴 때』라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

4) 『약간의 장해를 남긴 때』라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 『언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사』 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) 『귓바퀴의 대부분이 결손된 때』라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말한다.

2) 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로만 평가한다.

라. 평형기능의 장해

1) 『평형기능에 장해를 남긴 때』라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장해 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회 이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회 이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회 이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회 미만)	0
기능 장해 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

2) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.
① 뇌영상검사(CT, MRI)
② 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해
가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장해판정기준
1) 『코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때』라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
2) 『코의 후각기능을 완전히 잃었을 때』라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해
가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	60

4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구(입벌리기)운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) 『씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때』라 함은 심한 개구(입벌리기)운동 제한이나 저작(씹기)운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.

3) 『씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

① 뚜렷한 개구(입벌리기)운동 제한 또는 뚜렷한 저작(씹기)운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우

② 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입벌리기)운동이 1cm이하로 제한되는 경우

③ 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm 이상인 경우

④ 1개 이하의 치아만 교합되는 상태

⑤ 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태

4) 『씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

① 약간의 개구(입벌리기)운동 제한 또는 약간의 저작(씹기)운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우

② 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입벌리기)운동이 2cm이하로 제한되는 경우

③ 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm 이상인 경우

④ 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태

⑤ 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태

5) 개구장해는 턱관절의 이상으로 개구(입벌리기)운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.

6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.

7) 『말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

① 언어평가상 자음정확도가 30% 미만인 경우

② 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우

8) 『말하는 기능에 뚜렷한 기능에 장해를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

① 언어평가상 자음정확도가 50% 미만인 경우

② 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우

9) 『말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
① 언어평가상 자음정확도가 75% 미만인 경우
② 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우

10) 말하는 기능의 장해는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.

11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장해 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.

12) 『치아의 결손』이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.

13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.

14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.

15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.

16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 『외모』란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.

2) 『추상(추한 모습)장해』라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.

3) 『추상(추한 모습)을 남긴 때』라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산 대상에서 제외한다.

5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
③ 지름 5cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/2 이상 결손

2) 머리

① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
③ 지름 2cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/4 이상 결손
2) 머리
① 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기
『손바닥 크기』라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해
가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해	10

나. 장해판정기준
1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.
2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통을 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡정도에 따라 평가한다.
① 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
② 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한

다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.

③ 척추(등뼈)의 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.

3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.

4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장해는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 경과한 후에 평가한다.

5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.

6) 심한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

② 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태

7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

② 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제2경추를 유합 또는 고정한 상태

③ 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두 개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI: Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

④ 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

8) 약간의 운동장해

머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

① 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

② 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60% 이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때

10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

① 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

② 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40% 이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때

11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

① 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘

어지는 증상) 변형이 있을 때

② 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20% 이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때

12) 『추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해』란 추간판탈출증으로 인하여 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

13) 『추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해』란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

14) 『추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해』란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) 『체간골』이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며, 이를 모두 동일한 부위로 본다.

2) 『골반뼈의 뚜렷한 기형』이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태

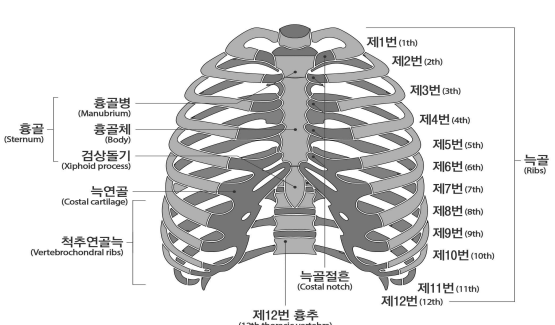
② 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우

③ 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

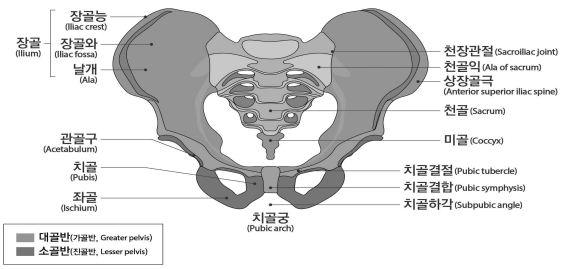
3) 『빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때』라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.

<가슴뼈>



<골반뼈>



8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 아니한다.

3) 『팔』이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.

4) 『팔의 3대관절』이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.

5) 『한팔의 손목 이상을 잃었을 때』라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.

① 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

② 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.

7) 『관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때』라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

① 완전 강직(관절굳음)
② 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 『0등급(zero)』인 경우

8) 『관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
② 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
③ 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 『1등급(trace)』인 경우

9) 『관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
② 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 『2등급(poor)』인 경우

10) 『관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
② 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 『3등급(fair)』인 경우

11) 『가관절[주)]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때』라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
※주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 『불유합』상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

12) 『가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때』라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

13) 『뼈에 기형을 남긴 때』라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정
1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해
가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10

9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 아니한다.
3) 『다리』라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
4) 『다리의 3대 관절』이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
5) 『한 다리의 발목 이상을 잃었을 때』라 함은 발목관절로부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
   ① 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   ② 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
7) 『관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때』라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   ① 완전 강직(관절굳음)
   ② 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 『0등급(zero)』인 경우
8) 『관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   ② 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   ③ 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   ④ 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 『1등급(trace)』인 경우
9) 『관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   ③ 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 『2등급(poor)』인 경우
10) 『관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
   ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

③ 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 『3등급(fair)』인 경우

11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.

12) 『가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때』라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 『불유합』상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

13) 『가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때』라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

14) 『뼈에 기형을 남긴 때』라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 한손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 아니한다.

3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.

4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.

5) 『손가락을 잃었을 때』라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.

6) 『손가락뼈 일부를 잃었을 때』 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙

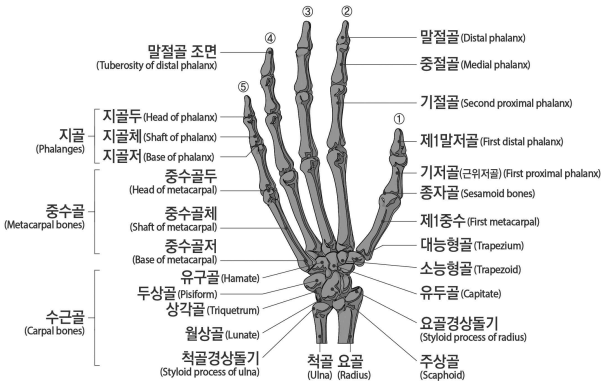
해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

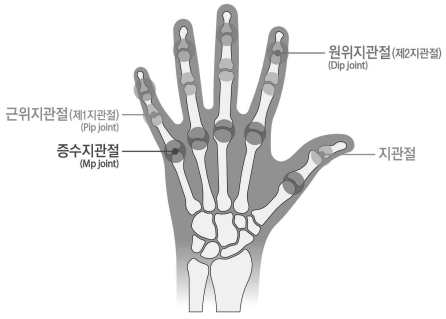
7) 『손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때』라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.

8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

<손가락>





11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 한발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 아니한다.

3) 『발가락을 잃었을 때』라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.

4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.

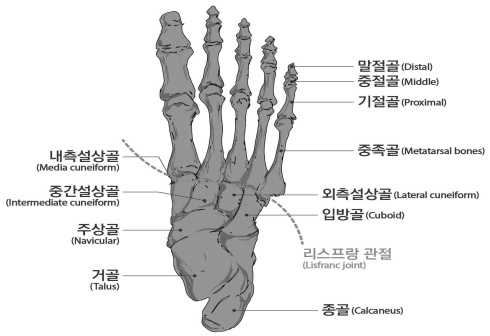
5) 『발가락뼈 일부를 잃었을 때』라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

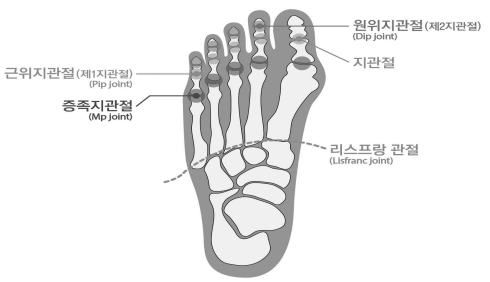
6) 『발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때』라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우를 말한다.

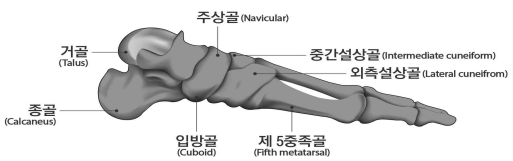
7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

<발가락>







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 때

를 말한다.
① 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
③ 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때

3) 『흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
① 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
② 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
③ 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
④ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때

4) 『흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
① 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
② 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
③ 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
④ 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
⑤ 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
⑥ 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우

5) 『흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
① 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요할 때
② 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능할 때
③ 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때

6) 흉복부, 비뇨생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않는다.

7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장해항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 『<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 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 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장해를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장해를 남긴 때	25

6) 정신행동에 경미한 장해를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 뇌전증 발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 뇌전증 발작이 남았을 때	40
13) 약간의 뇌전증 발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

① 『신경계에 장해를 남긴 때』라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 『<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표』의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

② 위 ①의 경우 『<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표』상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

③ 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나 12개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

① 정신행동장해는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 수상 후 12개월이 경과한 후에 판정할 수 있다.

② 정신행동장해는 장해판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되었거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.

③ 『정신행동에 극심한 장해를 남긴 때』라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

④ 『정신행동에 심한 장해를 남긴 때』라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

⑤ 『정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때』라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애등급판정기준」의 『능력장해측정기준』[주]상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

※주) 능력장해측정기준의 항목: ㉮ 적절한 음식섭취, ㉯ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉰ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉱ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉲ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉳ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

⑥ 『정신행동에 약간의 장해를 남긴 때』라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애등급판정기준」의 『능력장해측정기준』상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60

점 이하인 상태를 말한다.

⑦ 『정신행동에 경미한 장해를 남긴 때』라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애등급판정기준」의 『능력장해측정기준』상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

⑧ 지속적인 정신건강의학과의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

⑨ 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어져야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

⑩ 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

⑪ 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

⑫ 각종 기질성 정신장해와 외상후 뇌전증에 한하여 보상한다.

⑬ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

① 『치매』라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.

② 치매의 장해평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어져야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

③ 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증

① 『뇌전증』이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

② 뇌전증 발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항뇌전증제(항경련제) 약물로도 조절되지 않는 뇌전증을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 뇌전증 발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

③ 『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.

④ 『뚜렷한 뇌전증 발작』이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

⑤ 『약간의 뇌전증 발작』이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

⑥ 『중증발작』이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

⑦ 『경증발작』이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태 (30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 (20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행 시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태 (10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태 (15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태 (5%)
배변·배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태 (20%) - 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리 시 다른 사람들의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태 (CIC), 기저귀를 이용한 배뇨, 배변 상태 (15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때 (5%)
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리 시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 세안, 양치 시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워 시 타인의 도움이 필요한 상태 (5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워 시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 상·하의 의복 착탈 시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 상·하의 의복 착탈 시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의 중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상·하의 의복 착탈 시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

【별표2】 기타관계법령

※ 아래의 법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다.

[관공서의 공휴일에 관한 규정 제2조(공휴일)]

관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다. <개정 1998. 12. 18., 2005. 6. 30., 2006. 9. 6., 2012. 12. 28., 2017. 10. 17.>

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

[관공서의 공휴일에 관한 규정 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. <개정 2023. 5. 4.>

1. 제2조제2호·제6호·제7호 또는 제10호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
2. 제2조 제4호 또는 제9호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
3. 제2조제2호·제4호·제6호·제7호·제9호 또는 제10호의 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.

[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. <신설 2020. 2. 4.>

[신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제15조(수집 및 처리의 원칙)]

① 신용정보회사, 본인신용정보관리회사, 채권추심회사, 신용정보집중기관 및 신용정보제공·이용자(이하 "신용정보회사등"이라 한다)는 신용정보를 수집하고 이를 처리할 수 있다. 이 경우 이 법 또는 정관으로 정한 업무 범위에서 수집 및 처리의 목적을 명확히 하여야 하며, 이 법 및 「개인정보 보호법」 제3조제1항 및 제2항에 따라 그 목적 달성에 필요한 최소한의 범위에서 합리적이고 공정한 수단을 사용하여 신용정보를 수집 및 처리하여야 한다. <개정 2020. 2. 4., 2023.3.14>

② 신용정보회사등이 개인신용정보를 수집하는 때에는 해당 신용정보주체의 동의를 받아야 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2020. 2. 4.>

1. 「개인정보 보호법」 제15조제1항제2호부터 제7호까지의 어느 하나에 해당하는 경우
2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 정보를 수집하는 경우
   가. 법령에 따라 공시(公示)되거나 공개된 정보
   나. 출판물이나 방송매체 또는 「공공기관의 정보공개에 관한 법률」 제2조 제3호에 따른 공공기관의 인터넷 홈페이지 등의 매체를 통하여 공시 또는 공개된 정보
   다. 신용정보주체가 스스로 사회관계망서비스 등에 직접 또는 제3자를 통하여 공개한 정보. 이 경우 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체의 동의가 있었다고 객관적으로 인정되는 범위 내로 한정한다.
3. 제1호 및 제2호에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

[민법 제27조(실종의 선고)]

① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.

② 전지에 임한 자, 침몰한 선박중에 있던 자, 추락한 항공기중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다. <개정 1984.4.10.>

[의료법 제2조(의료인)]

① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·조산사 및 간호사를 말한다. <개정 2008.2.29., 2010.1.18.>

② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다. <개정 2015.12.29., 2019.4.23.>

1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.
2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.
3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.

4. 조산사는 조산(助産)과 임부(姙婦)·해산부(解産婦)·산욕부(産褥婦) 및 신생아에 대한 보건과 양호 지도를 임무로 한다.
5. 간호사는 다음 각 목의 업무를 임무로 한다.
   가. 환자의 간호요구에 대한 관찰, 자료수집, 간호판단 및 요양을 위한 간호
   나. 의사, 치과의사, 한의사의 지도하에 시행하는 진료의 보조
   다. 간호 요구자에 대한 교육·상담 및 건강증진을 위한 활동의 기획과 수행, 그 밖의 대통령령으로 정하는 보건활동
   라. 제80조에 따른 간호조무사가 수행하는 가목부터 다목까지의 업무보조에 대한 지도

[의료법 제3조(의료기관)]

① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. <개정 2009. 1. 30., 2011. 6. 7., 2016. 5. 29., 2019. 4. 23., 2020. 3. 4.>
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 임부·해산부·산욕부 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 의료재활 시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이와 같다)
   마. 정신병원
   바. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다. <개정 2009. 1. 30., 2010. 1. 18.>

[응급의료에 관한 법률 제2조(정의)]

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2015. 1. 28.>
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 중앙응급의료센터, 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.

[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. <개정 2020. 12. 29., 2021. 12. 21.>
② 시장・군수・구청장은 제1항에 따른 신고를 받은 경우 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다. <신설 2020. 12. 29.>

[응급의료에 관한 법률 시행규칙]
제2조(응급환자)
「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다. <개정 2008.3.3., 2008.6.13., 2010.3.19.>
1. 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

[형법 제258조(중상해, 존속중상해)]
① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.
③ 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전2항의 죄를 범한 때에는 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.
<개정 2016.1.6.>

[형법 제268조(업무상과실·중과실 치사상)]
업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

[민사소송법 제254조(재판장 등의 소장심사권)]
① 소장이 제249조제1항의 규정에 어긋나는 경우와 소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 재판장은 상당한 기간을 정하고, 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다. <개정 2014.12.30.>
② 원고가 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때에는 재판장은 명령으로 소장을 각하하여야 한다.
③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.
④ 재판장은 소장을 심사하면서 필요하다고 인정하는 경우에는 원고에게 청구하는 이유에 대응하는 증거방법을 구체적으로 적어 내도록 명할 수 있으며, 원고가 소장에 인용한 서증(書證)의 등본 또는 사본을 붙이지 아니한 경우에는 이를 제출하도록 명할 수 있다.

[민사소송법 제266조(소의 취하)]
① 소는 판결이 확정될 때까지 그 전부나 일부를 취하할 수 있다.

② 소의 취하는 상대방이 본안에 관하여 준비서면을 제출하거나 변론준비기일에서 진술하거나 변론을 한 뒤에는 상대방의 동의를 받아야 효력을 가진다.
③ 소의 취하는 서면으로 하여야 한다. 다만, 변론 또는 변론준비기일에서 말로 할 수 있다.
④ 소장을 송달한 뒤에는 취하의 서면을 상대방에게 송달하여야 한다.
⑤ 제3항 단서의 경우에 상대방이 변론 또는 변론준비기일에 출석하지 아니한 때에는 그 기일의 조서등본을 송달하여야 한다.
⑥ 소취하의 서면이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니한 경우에는 소취하에 동의한 것으로 본다. 제3항 단서의 경우에 있어서, 상대방이 기일에 출석한 경우에는 소를 취하한 날부터, 상대방이 기일에 출석하지 아니한 경우에는 제5항의등본이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니하는 때에도 또한 같다.

[민사소송법 제269조(반소)]
① 피고는 소송절차를 현저히 지연시키지 아니하는 경우에만 변론을 종결할 때까지 본소가 계속된 법원에 반소를 제기할 수 있다. 다만, 소송의 목적이 된 청구가 다른 법원의 관할에 전속되지 아니하고 본소의 청구 또는 방어의 방법과 서로 관련이 있어야 한다.
② 본소가 단독사건인 경우에 피고가 반소로 합의사건에 속하는 청구를 한 때에는 법원은 직권 또는 당사자의 신청에 따른 결정으로 본소와 반소를 합의부에 이송하여야 한다. 다만, 반소에 관하여 제30조의 규정에 따른 관할권이 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

[민사소송법 제393조(항소의 취하)]
① 항소는 항소심의 종국판결이 있기 전에 취하할 수 있다.
② 항소의 취하에는 제266조제3항 내지 제5항 및 제267조제1항의 규정을 준용한다.

[민사소송법 제399조(원심재판장등의 항소장심사권)]
① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋난 경우와 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 원심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 원심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다. <개정 2014.12.30.>
② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때와, 항소기간을 넘긴 것이 분명한 때에는 원심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.
③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

[민사소송법 제402조(항소심재판장등의 항소장심사권)]
① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋나거나 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니하였음에도 원심재판장등이 제399조제1항의 규정에 의한 명령을 하지 아니한 경우, 또는 항소장의 부본을 송달할 수 없는 경우에는 항소심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 항소심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다.
<개정 2014.12.30.>
② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때, 또는 제399조제2항의 규정에 따라 원심재판장이 항소장을 각하하지 아니한 때에는 항소심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.
③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

[민사소송법 제412조(반소의 제기)]
① 반소는 상대방의 심급의 이익을 해할 우려가 없는 경우 또는 상대방의 동의를 받은 경우에 제기할 수 있다.

② 상대방이 이의를 제기하지 아니하고 반소의 본안에 관하여 변론을 한 때에는 반소제기에 동의한 것으로 본다.

[민사소송법 제425조(항소심절차의 준용)]
상고와 상고심의 소송절차에는 특별한 규정이 없으면 제1장의 규정을 준용한다.

[공직선거법 제222조(선거소송)]
① 대통령선거 및 국회의원선거에 있어서 선거의 효력에 관하여 이의가 있는 선거인·정당(候補者를 추천한 政黨에 한한다) 또는 후보자는 선거일부터 30일 이내에 당해 선거구선거관리위원회위원장을 피고로 하여 대법원에 소를 제기할 수 있다.
② 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서 선거의 효력에 관한 제220조의 결정에 불복이 있는 소청인(當選人을 포함한다)은 해당 소청에 대하여 기각 또는 각하 결정이 있는 경우(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때를 포함한다)에는 해당 선거구선거관리위원회 위원장을, 인용결정이 있는 경우에는 그 인용결정을 한 선거관리위원회 위원장을 피고로 하여 그 결정서를 받은 날(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때에는 그 기간이 종료된 날)부터 10일 이내에 비례대표시·도의원선거 및 시·도지사선거에 있어서는 대법원에, 지역구시·도의원선거, 자치구·시·군의원선거 및 자치구·시·군의 장 선거에 있어서는 그 선거구를 관할하는 고등법원에 소를 제기할 수 있다. <개정 2002.3.7., 2010.1.25.>
③ 제1항 또는 제2항에 따라 피고로 될 위원장이 궐위된 때에는 해당 선거관리위원회 위원 전원을 피고로 한다. <개정 2010.1.25.>

[공직선거법 제223조(당선소송)]
① 대통령선거 및 국회의원선거에 있어서 당선의 효력에 이의가 있는 정당(候補者를 추천한 政黨에 한한다) 또는 후보자는 당선인결정일부터 30일이내에 제52조제1항・제3항 또는 제192조제1항부터 제3항까지의 사유에 해당함을 이유로 하는 때에는 당선인을, 제187조(大統領當選人의 決定・公告・통지) 제1항・제2항, 제1142조(地域區國會議員當選人의 決定・公告・통지)제1항 내지 제4항, 제189조(比例代表國會議員議席의 배분과 當選人의 決定・公告・통지) 또는 제194조(당선인의 재결정과 비례대표국회의원의석 및 비례대표지방의회의원의석의 재배분)제4항의 규정에 의한 결정의 위법을 이유로 하는 때에는 대통령선거에 있어서는 그 당선인을 결정한 중앙선거관리위원회위원장 또는 국회의장을, 국회의원선거에 있어서는 당해 선거구선거관리위원회위원장을 각각 피고로 하여 대법원에 소를 제기할 수 있다. <개정 2000. 2. 16., 2002. 3. 7., 2005. 8. 4., 2010. 1. 25., 2010. 3. 12., 2020. 1. 14., 2020. 12. 29.>
② 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서 당선의 효력에 관한 제220조의 결정에 불복이 있는 소청인 또는 당선인인 피소청인(제219조제2항 후단에 따라 선거구선거관리위원회 위원장이 피소청인인 경우에는 당선인을 포함한다)은 해당 소청에 대하여 기각 또는 각하 결정이 있는 경우(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때를 포함한다)에는 당선인(제219조제2항 후단을 이유로 하는 때에는 관할선거구선거관리위원회 위원장을 말한다)을, 인용결정이 있는 경우에는 그 인용결정을 한 선거관리위원회 위원장을 피고로 하여 그 결정서를 받은 날(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때에는 그 기간이 종료된 날)부터 10일 이내에 비례대표시・도의원선거 및 시・도지사선거에 있어서는 대법원에, 지역구시・도의원선거, 자치구・시・군의원선거 및 자치구・시・군의 장 선거에 있어서는 그 선거구를 관할하는 고등법원에 소를 제기할 수 있다. <개정 2002. 3. 7., 2010. 1. 25.>
③ 제1항 또는 제2항에 따라 피고로 될 위원장이 궐위된 때에는 해당 선거관리위원회 위원 전원을, 국회의장이 궐위된 때에는 부의장중 1인을 피고로 한다. <개정 2010. 1. 25.>
④ 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 피고로 될 당선인이 사퇴・사망하거나 제192조제2항의 규정에 의하

여 당선의 효력이 상실되거나 같은조제3항의 규정에 의하여 당선이 무효로 된 때에는 대통령선거에 있어서는 법무부장관을, 국회의원선거·지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서는 관할 고등검찰청검사장을 피고로 한다.

[자동차관리법 시행규칙 제2조(자동차의 종별 구분)]

법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다. <개정 2015.7.7., 2017.1.6.>[전문개정 2011.12.15.]

[별표 1] <개정 2021. 8. 27.>

자동차의 종류(제2조관련)

1. 규모별 세부기준

종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			
승용 자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고정격출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600시시 미만이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600시시 이상 2,000시시 미만이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2,000시시 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하는 것
승합 자동차	배기량이 1,000시시 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 최고정격출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	최대적재량이 1톤 이하이고, 총중량이 3.5톤 이하인 것	최대적재량이 1톤 초과 5톤 미만이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	최대적재량이 5톤 이상이거나, 총중량이 10톤 이상인 것
특수 자동차	배기량이 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터·너비1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것		총중량이 3.5톤 이하인 것	총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	총중량이 10톤 이상인 것
이륜 자동차	배기량이 50시시 미만(최고정격출력 4킬로와트 이하)인 것		배기량이 100시시 이하(최고정격출력 11킬로와트 이하)인 것	배기량이 100시시 초과 260시시 이하(최고정격출력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)인 것	배기량이 260시시(최고정격출력 15킬로와트)를 초과하는 것

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
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
	특수용도형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수용도용인 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 초소형화물차 및 특수용도형의 경형화물자동차는 1제곱미터 이상을 말한다)인 화물적재공간을 갖춘 자동차로서 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차
  1) 승차공간과 화물적재공간이 분리되어 있는 자동차로서 화물적재공간의 윗부분이 개방된 구조의 자동차, 유류·가스 등을 운반하기 위한 적재함을 설치한 자동차 및 화물을 싣고 내리는 문을 갖춘 적재함이 설치된 자동차(구조·장치의 변경을 통하여 화물적재공간에 덮개가 설치된 자동차를 포함한다)
  2) 승차공간과 화물적재공간이 동일 차실내에 있으면서 화물의 이동을 방지하기 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 자동차의 경우에는 복수 기준 중 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분하고, 「환경친화적자동차의 개발 및 보급촉진에 관한 법률」 제2조제5호에 따른 하이브리드자동차는 복수 기준 중 배기량과 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분한다.
 나. 복수의 기준중 하나가 작은 규모에 해당되고 다른 하나가 큰 규모에 해당되면 큰 규모로 구분한다.
 다. 이륜자동차의 최고정격출력(maximum continuous rated power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load) 상태에서 측정된 출력을 말한다.

[교통사고처리특례법 제3조(처벌의 특례)]

제3조(처벌의 특례)

① 차의 운전자가 교통사고로 인하여 「형법」 제268조의 죄를 범한 경우에는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 차의 교통으로 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄(業務上過失致傷罪) 또는 중과실치상죄(重過失致傷罪)와 「도로교통법」 제151조의 죄를 범한 운전자에 대하여는 피해자의 명시적인 의사에 반하여 공소(公訴)를 제기할 수 없다. 다만, 차의 운전자가 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄 또는 중과실치상죄를 범하고도 피해자를 구호(救護)하는 등 「도로교통법」 제54조제1항에 따른 조치를 하지 아니하고 도주하거나 피해자를 사고 장소로부터 옮겨 유기(遺棄)하고 도주한 경우, 같은 죄를 범하고 「도로교통법」 제44조제2항을 위반하여 음주측정 요구에 따르지 아니한 경우(운전자가 채혈 측정을 요청하거나 동의한 경우는 제외한다)와 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 같은 죄를 범한 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2016.1.27., 2016.12.2.>

1. 「도로교통법」 제5조에 따른 신호기가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호를 위반하거나 통행금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우
2. 「도로교통법」 제13조제3항을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조를 위반하여 횡단, 유턴 또는 후진한 경우
3. 「도로교통법」 제17조제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터 초과하여 운전한 경우
4. 「도로교통법」 제21조제1항, 제22조, 제23조에 따른 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 같은 법 제60조제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기 방법을 위반하여 운전한 경우
5. 「도로교통법」 제24조에 따른 철길건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 「도로교통법」 제27조제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우
7. 「도로교통법」 제43조, 「건설기계관리법」 제26조 또는 「도로교통법」 제96조를 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지 중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니 한 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」 제39조 제4항을 위반하여 자동차의 화물이 떨어지지 아니하도록 필요한 조치를 하지 아니하고 운전한 경우

[전문개정 2011.4.12.]

[도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)]

누구든지 제80조에 따라 시·도경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다. <개정 2020. 6. 9., 2020. 12. 22., 2021. 1. 12.>

[도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)]

① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다), 노면전차 또는 자전거를 운전하여서는 아니 된다. <개정 2018. 3. 27.>

② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등, 노면전차 또는 자전거를 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다. <개정 2014. 12. 30., 2018. 3. 27.>

③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.

④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다. <개정 2018. 12. 24.>

[도로교통법 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. <개정 2013. 3. 23., 2014. 11. 19., 2017. 7. 26., 2018. 3. 27., 2020. 6. 9.>

[전기통신금융사기 피해방지 및 피해금환급에 관한 특별법 제5조(채권소멸절차의 개시 공고)]

① 금융회사는 제4조에 따라 지급정지 조치를 행한 경우 지체 없이 대통령령으로 정하는 바에 따라 금융감독원에 명의인의 채권이 소멸되는 절차(이하 "채권소멸절차"라 한다)를 개시하기 위한 공고를 요청하여야 한다. 다만, 명의인의 채권 전부 또는 일부가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2016. 1. 27., 2018. 3. 13., 2020. 5. 19.>

1. 제4조에 따라 지급정지 조치를 하기 전에 손해배상·부당이득반환 등의 청구소송이 제기되어 법원에 계속(係屬) 중인 경우
2. 제4조에 따라 지급정지 조치를 하기 전에 「민사집행법」에 따른 압류·가압류 또는 가처분의 명령이 집행된 경우
3. 제4조에 따라 지급정지 조치를 하기 전에 「국세징수법」에 따른 체납절차가 개시된 경우
4. 제4조에 따라 지급정지 조치를 하기 전에 질권이 설정된 경우
5. 지급정지된 후에 제4조의2 제2항에 따라 명의인과 피해자 간 채무부존재확인·부당이득반환청구소송 등이 제기되어 법원에 계속 중인 경우
6. 제4조에 따라 지급정지가 이루어진 사기이용계좌의 잔액이 3만원 이하의 금액으로서 대통령령으로 정하는 금액 이하인 경우. 다만, 피해자가 지급정지의 통지를 받은 날부터 30일 이내에 금융회사에 채권소멸절차의 개시를 요청한 경우에는 그러하지 아니하다.

② 금융감독원은 제1항에 따라 채권소멸절차 개시의 공고 요청을 받은 경우 지체 없이 대통령령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 공고하여야 한다. <개정 2014. 1. 28.>

1. 전기통신금융사기와 관련하여 채권소멸절차가 개시되었다는 취지
2. 사기이용계좌와 관련된 금융회사, 점포 및 예금 등의 종별 및 계좌번호
3. 명의인의 성명 또는 명칭
4. 공고 전 피해구제 신청에 따라 채권소멸대상에 해당하는 채권의 금액
5. 제6조에 따른 채권소멸절차 개시 이후의 피해구제 신청의 방법 및 절차
6. 제7조에 따른 명의인의 이의제기 방법 및 절차
7. 제13조의2제1항에 따른 전자금융거래제한대상자로 지정되었다는 취지와 이의제기 방법 및 절차

8. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항
③ 금융감독원은 제2항에 따라 채권소멸절차의 개시에 관한 공고를 한 경우 지체 없이 명의인에게 채권소멸절차의 개시에 관한 사실을 통지하여야 한다. 다만, 명의인의 소재를 알 수 없는 경우에는 제2항에 따른 공고로 명의인에 대한 통지가 이루어진 것으로 본다.

[산업재해보상보험법 시행규칙]
[시행 2023. 7. 1] [고용노동부령 제384호, 2023. 6. 30, 일부개정]

제47조(운동기능장해의 측정)
① 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4와 같다. <개정 2020. 1. 10.>
② 운동기능장해의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표 4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다. <개정 2019. 10. 15.>
③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다. <신설 2016. 3. 28., 2019. 10. 15.>
1. 강직, 오그라듦, 신경손상 등 운동기능장해의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
2. 운동기능장해의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

[도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)]
누구든지 제80조에 따라 시·도경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다. <개정 2020. 6. 9., 2020. 12. 22., 2021. 1. 12.>

[도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)]
① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다), 노면전차 또는 자전거를 운전하여서는 아니 된다. <개정 2018. 3. 27.>
② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등, 노면전차 또는 자전거를 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다. <개정 2014. 12. 30., 2018. 3. 27.>
③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.
④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다. <개정 2018. 12. 24.>
⑤ 제2항 및 제3항에 따른 측정의 방법, 절차 등 필요한 사항은 행정안전부령으로 정한다. <신설 2023. 1. 3.>

[도로교통법 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. <개정 2013. 3. 23., 2014. 11. 19., 2017. 7. 26., 2018. 3. 27., 2020. 6. 9.>

[국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2(중증질환심의위원회)]
제5조의2(중증질환심의위원회)
① 중증환자에게 처방・투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위하여 건강보험심사평가원에 중증질환심의위원회를 둔다.
② 중증질환심의위원회는 보건의료분야에 관한 학식과 경험이 풍부한 45인 이내의 위원으로 구성하되, 중증질환심의위원회의 구성 및 운영 등에 관하여 필요한 사항은 건강보험심사평가원의 정관으로 정한다.
[본조신설 2005. 10. 11.]

[국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙]
[시행 2020.1. 1.] [보건복지부령 제608호, 2019. 6. 12., 일부개정]

제9조(비급여대상)
① 법 제41조제4항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 별표 2와 같다. <개정 2012. 8. 31., 2016. 8. 4.>

[별표 2] <개정 2020. 6. 29.>

비급여대상(제9조제1항관련)

1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
   가. 단순한 피로 또는 권태
   나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·딸기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
   다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환
   라. 단순 코골음
   마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
   바. 검열반 등 안과질환
   사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환
2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 치과교정. 다만, 입술입천장갈림증(구순구개열)을 치료하기 위한 치과교정 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
   라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면) 교정술
   마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
   바. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
   사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장을 목적으로 하는 진료
   아. 그 밖에 가목부터 사목까지에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료
3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
   가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제52조의 규정에 의하여 공단이 가입자등에게 실시하는 건강검

진 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.

요양기관 구분	비용
「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관	제8조에 따라 고시한 요양급여대상인 입원료(이하 "입원료"라 한다) 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용
「의료법」 제3조제2항제3호나목에 따른 치과병원	
「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원 중 진료과목에 소아청소년과 또는 산부인과를 둔 병원으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요건을 갖춘 병원(이하 "아동·분만병원"이라 한다)	
상급종합병원	입원실 이용 비용 전액
「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료 기관(치과병원 및 아동·분만병원은 제외한다)	

(1) 의료법령에 따라 허가를 받거나 신고한 병상 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(이하 "일반병상"이라 한다)을 다음의 구분에 따라 운영하는 경우. 다만, 규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 일반병상 및 상급병상의 계산에서 제외한다.

(가) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호의 의원급 의료기관(건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상에 분만실이 포함된 경우만 해당한다), 같은 법 제3조의5제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기(周産期) 전문병원(종합병원은 제외한다), 아동·분만병원(분만병원만 해당한다): 일반병상을 총 병상의 5분의 1 이상 확보할 것

(나) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호의 의원급 의료기관(건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상에 분만실이 포함된 경우는 제외한다), 같은 항 제3호나목의 치과병원, 같은 법 제3조의5제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기 전문병원(종합병원만 해당한다) 및 아동·분만병원(아동병원만 해당한다): 일반병

상을 총 병상의 2분의 1 이상 확보할 것

(다)「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원 및 아동·분만병원을 제외한다): 일반병상을 총 병상의 5분의 3 이상 확보할 것

(라)「의료법」 제3조제2항제3호바목의 종합병원 및 같은 법 제3조의4제1항에 따른 지정을 받은 상급종합병원: 일반병상을 총 병상의 5분의 4 이상 확보할 것

(2) 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10병상 이하인 경우

나. 가목에도 불구하고 다음 각 항목에 해당하는 경우에는 다음의 구분에 따른 비용

(1) 가입자등이 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관은 제외한다. 이하 같다) 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 제외한다)을 50퍼센트 이상 확보하여 운영하는 요양병원에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우: 제8조제4항 전단에 따라 고시한 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

(2) 가입자등이 가목(1)에서 정한 요건을 갖춘 상급종합병원, 종합병원, 병원 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」제25조에 따라 호스피스전문기관으로 지정된 요양기관에서 1인실 병상을 이용하여 같은 법 제28조에 따른 호스피스·완화의료를 받는 경우(격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우, 임종실을 이용하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우는 제외한다): 제8조제4항 전단에 따라 고시한 호스피스·완화의료 입원실의 입원료 중 4인실 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

다. 선별급여를 받는 사람이 요양급여비용 외에 추가로 부담하는 비용

라. 법 제51조에 따라 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구. 다만, 보청기 중 보험급여의 적용을 받게 될 수술과 관련된 치료재료인 보건복지부장관이 정하여 고시하는 보청기는 제외한다.

마. 친자확인을 위한 진단

바. 치과의 보철(보철재료 및 기공료 등을 포함한다) 및 치과임플란트를 목적으로 실시한 부가수술(골이식수술 등을 포함한다). 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 65세 이상인 사람의 틀니 및 치과임플란트는 제외한다.

사. 및 아. 삭제 <2002.10.24>

자. 이 규칙 제8조의 규정에 의하여 보건복지부장관이 고시한 약제에 관한 급여목록표에서 정한 일반의약품으로서 「약사법」 제23조에 따른 조제에 의하지 아니하고 지급하는 약제

차. 삭제 <2006.12.29>

카. 삭제 <2018. 12. 31.>

타.「장기등 이식에 관한 법률」에 따른 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용

파.「마약류 관리에 관한 법률」 제40조에 따른 마약류중독자의 치료보호에 소요되는 비용

하. 이 규칙 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함하되, 같은 규칙 제3조제3항에 따라 서류를 송부받은 경우와 같은 규칙 제3조의4에 따른 신의료기술평가 결과 안전성·유효성을 인정받지 못한 경우에는 제외한다). 다만, 제11조제9항 또는 제13조제1항 후단의 규정에 따라 소급하여 요양급여대상으로 적용되는 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함한다)는

제외한다.

거.「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제10항제2호에 따른 제한적 의료기술

너.「의료기기법 시행규칙」 제32조제1항제6호에 따른 의료기기를 장기이식 또는 조직이식에 사용하는 의료행위

더. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료

5. 삭제 <2006.12.29>

6. 영 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호아목, 제3호아목 및 제4호더목은 다음 각 목에서 정하는 경우에 한정한다.

가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료

나. 질병군 진료 외의 목적으로 투여된 약제

6의2. 영 제21조제3항제3호에 따른 호스피스·완화의료 입원진료의 경우에는 제1호부터 제3호까지, 제4호나목(2)·더목에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호사목, 제3호아목 및 제4호더목은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료에 한정한다.

7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우

가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법

나. 한약첩약 및 기상한의서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제

8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방·투여하려는 자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우. 다만, 제5조제4항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심사평가원장의 공고에 따른다.

「의료법 시행규칙 별표4」 의료기관의 시설규격<개정 2023. 9. 22.>

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 10제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

[「의료법 시행규칙」 제24조(가정간호)]

제24조(가정간호)

① 법 제33조제1항제4호에 따라 의료기관이 실시하는 가정간호의 범위는 다음 각 호와 같다. <개정 2010. 3. 19.>
1. 간호
2. 검체의 채취(보건복지부장관이 정하는 현장검사를 포함한다. 이하 같다) 및 운반
3. 투약
4. 주사
5. 응급처치 등에 대한 교육 및 훈련
6. 상담
7. 다른 보건의료기관 등에 대한 건강관리에 관한 의뢰

② 가정간호를 실시하는 간호사는 「전문간호사 자격인정 등에 관한 규칙」에 따른 가정전문간호사이어야 한다.

③ 가정간호는 의사나 한의사가 의료기관 외의 장소에서 계속적인 치료와 관리가 필요하다고 판단하여 가정전문간호사에게 치료나 관리를 의뢰한 자에 대하여만 실시하여야 한다.

④ 가정전문간호사는 가정간호 중 검체의 채취 및 운반, 투약, 주사 또는 치료적 의료행위인 간호를 하는 경우에는 의사나 한의사의 진단과 처방에 따라야 한다. 이 경우 의사 및 한의사 처방의 유효기간은 처방일부터 90일까지로 한다.

⑤ 가정간호를 실시하는 의료기관의 장은 가정전문간호사를 2명 이상 두어야 한다.

⑥ 가정간호를 실시하는 의료기관의 장은 가정간호에 관한 기록을 5년간 보존하여야 한다.

⑦ 이 규칙에서 정한 것 외에 가정간호의 질 관리 등 가정간호의 실시에 필요한 사항은 보건복지부장관이 따로 정한다. <개정 2010. 3. 19.>

[호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의)]

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2018. 3. 27.>
1. “임종과정”이란 회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태를 말한다.
2. “임종과정에 있는 환자”란 제16조에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자를 말한다.
3. “말기환자(末期患者)”란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
   가. 삭제 <2018. 3. 27.>
   나. 삭제 <2018. 3. 27.>
   다. 삭제 <2018. 3. 27.>
   라. 삭제 <2018. 3. 27.>
   마. 삭제 <2018. 3. 27.>
4. “연명의료”란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말한다.
5. “연명의료중단등결정”이란 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하

기로 하는 결정을 말한다.

6. “호스피스·완화의료”(이하 “호스피스”라 한다)란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 “호스피스대상환자”라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.
   가. 암
   나. 후천성면역결핍증
   다. 만성 폐쇄성 호흡기질환
   라. 만성 간경화
   마. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환
7. “담당의사”란 「의료법」에 따른 의사로서 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 “말기환자 등”이라 한다)를 직접 진료하는 의사를 말한다.
8. “연명의료계획서”란 말기환자등의 의사에 따라 담당의사가 환자에 대한 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 사항을 계획하여 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.
9. “사전연명의료의향서”란 19세 이상인 사람이 자신의 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 의사를 직접 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.

[호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제28조(호스피스의 신청)]

① 호스피스대상환자가 호스피스전문기관에서 호스피스를 이용하려는 경우에는 호스피스 이용동의서(전자문서로 된 동의서를 포함한다)와 의사가 발급하는 호스피스대상환자임을 나타내는 의사소견서(전자문서로 된 소견서를 포함한다)를 첨부하여 호스피스전문기관에 신청하여야 한다. <개정 2018. 3. 27.>

② 호스피스대상환자가 의사결정능력이 없을 때에는 미리 지정한 지정대리인이 신청할 수 있고 지정대리인이 없을 때에는 제17조 제1항 제3호 각 목의 순서대로 신청할 수 있다. <개정 2018. 3. 27.>

③ 호스피스대상환자는 언제든지 직접 또는 대리인을 통하여 호스피스의 신청을 철회할 수 있다. <개정 2018. 3. 27.>

④ 호스피스의 신청 및 철회 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

[호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률]

[시행 2022. 3. 22.] [법률 제 18627호, 2021. 12. 21. 일부개정]

제25조(호스피스전문기관의 지정 등)

① 보건복지부장관은 호스피스대상환자를 대상으로 호스피스전문기관을 설치·운영하려는 의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등의 기준을 충족하는 의료기관을 입원형, 자문형, 가정형으로 구분하여 호스피스전문기관으로 지정할 수 있다. <개정 2018. 3. 27>

② 제1항에 따라 지정을 받으려는 의료기관은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관에게 신청하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 지정받은 호스피스전문기관(이하 “호스피스전문기관”이라 한다)에 대하여 제29조에 따른 평가결과를 반영하여 호스피스사업에 드는 비용의 전부 또는 일부를 차등 지원할 수 있다.

④ 제1항 및 제2항에서 규정한 사항 외에 호스피스전문기관의 지정에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. [시행일: 2018. 2. 4.] 제25조 1항(의료기관 중 요양병원에 관한 사항에 한정한다)

형법 제268조(업무상과실·중과실 치사상)

업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

형법 제258조의2(특수상해)
① 단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제257조 제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
② 단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제258조의 죄를 범한 때에는 2년 이상 20년 이하의 징역에 처한다.
③ 제1항의 미수범은 처벌한다.

형법 제260조(폭행, 존속폭행)
① 사람의 신체에 대하여 폭행을 가한 자는 2년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다. <개정 1995. 12. 29.>
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995. 12. 29.>
③ 제1항 및 제2항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.<개정 1995. 12. 29.>

형법 제261조(특수폭행)
단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제260조 제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>

형법 제264조(상습범)
상습으로 제257조, 제258조, 제258조의2, 제260조 또는 제261조의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다. <개정 2016.1.6.>

형법 제284조(특수협박)
단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 전조제1항, 제2항의 죄를 범한 때에는 7년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>

형법 제285조(상습범)
상습으로 제283조제1항, 제2항 또는 전조의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

형법 제369조(특수손괴)
① 단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제366조의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>
② 제1항의 방법으로 제367조의 죄를 범한 때에는 1년 이상의 유기징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>

검찰사건사무규칙 제115조(불기소결정) 제3항 제1호
③ 불기소결정의 주문은 다음과 같이 한다. <개정 2022. 2. 7.>
1. 기소유예 : 피의사실이 인정되나 「형법」 제51조 각호의 사항을 참작하여 소추할 필요가 없는 경우.

「형법」
제51조(양형의 조건) 형을 정함에 있어서는 다음 사항을 참작하여야 한다.
1. 범인의 연령, 성행, 지능과 환경
2. 피해자에 대한 관계
3. 범행의 동기, 수단과 결과
4. 범행 후의 정황

민법 제777조(친족의 범위)
친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.
1. 8촌이내의 혈족
2. 4촌이내의 인척
3. 배우자

특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률 제5조의13
자동차등의 운전자가 「도로교통법」 제12조 제3항에 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」 제3조 제1항의 죄를 범한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다. <개정 2022. 12. 27.>
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.

[금융소비자 보호에 관한 법률 제2조(정의)][시행 2023. 10. 12]
이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
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

[금융소비자 보호에 관한 법률 제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)][시행 2023. 10. 12]
조정대상기관은 다음 각 호의 요건 모두를 총족하는 분쟁사건(이하 “소액분쟁사건”이라 한다)에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 제36조제6항에 따라 조정안을 제시받기 전에는 소를 제기할 수 없다. 다만, 제36조제3항에 따라 서면통지를 받거나 제36조제5항에서 정한 기간 내에 조정안을 제시받지 못한 경우에는 그러하지 아니하다.
1. 일반금융소비자가 신청한 사건일 것
2. 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 2천만원 이내에서 대통령령으로 정하는 금액 이하일 것

[금융소비자 보호에 관한 법률 제46조(청약의 철회)][시행 2023. 10. 12]
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.

[시행일:2021. 9. 25.] 제46조 중 금융상품자문업자 관련 부분

[금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지)][시행 2023. 10. 12]

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.

[시행일:2021. 9. 25.] 제47조 중 금융상품자문업자 관련 부분

[금융소비자 보호에 관한 법률 제17조(적합성원칙)][시행 2023. 10. 12]

③ 금융상품판매업자등은 제2항 각 호의 구분에 따른 정보를 고려하여 그 일반금융소비자에게 적합하지 아니하다고 인정되는 계약 체결을 권유해서는 아니 된다. 이 경우 적합성 판단 기준은 제2항 각 호의 구분에 따라 대통령령으로 정한다.

[금융소비자 보호에 관한 법률 제18조(적정성원칙)][시행 2023. 10. 12]

② 금융상품판매업자는 제1항 각 호의 구분에 따라 확인한 사항을 고려하여 해당 금융상품이 그 일반금융소비자에게 적정하지 아니하다고 판단되는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 사실을 알리고, 그 일반금융소비자로부터 서명, 기명날인, 녹취, 그 밖에 대통령령으로 정하는 방법으로 확인을 받아야 한다. 이 경우 적정성 판단 기준은 제1항 각 호의 구분에 따라 대통령령으로 정한다.

[금융소비자 보호에 관한 법률 제19조(설명의무)][시행 2023. 10. 12]

① 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에게 계약 체결을 권유(금융상품자문업자가 자문에 응하는 것을 포함한다)하는 경우 및 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우에는 다음 각 호의 금융상품에 관한 중요한 사항(일반금융소비자가 특정 사항에 대한 설명만을 원하는 경우 해당 사항으로 한정한다)을 일반금융소비자가 이해할 수 있도록 설명하여야 한다.

1. 다음 각 목의 구분에 따른 사항
   가. 보장성 상품
      1) 보장성 상품의 내용
      2) 보험료(공제료를 포함한다. 이하 같다)
      3) 보험금(공제금을 포함한다. 이하 같다) 지급제한 사유 및 지급절차
      4) 위험보장의 범위
      5) 그 밖에 위험보장 기간 등 보장성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
   나. 투자성 상품
      1) 투자성 상품의 내용
      2) 투자에 따른 위험
      3) 대통령령으로 정하는 투자성 상품의 경우 대통령령으로 정하는 기준에 따라 금융상품직접판매업자가 정하는 위험등급
      4) 그 밖에 금융소비자가 부담해야 하는 수수료 등 투자성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
   다. 예금성 상품

1) 예금성 상품의 내용
2) 그 밖에 이자율, 수익률 등 예금성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

라. 대출성 상품
1) 금리 및 변동 여부, 중도상환수수료(금융소비자가 대출만기일이 도래하기 전 대출금의 전부 또는 일부를 상환하는 경우에 부과하는 수수료를 의미한다. 이하 같다) 부과 여부·기간 및 수수료율 등 대출성 상품의 내용
2) 상환방법에 따른 상환금액·이자율·시기
3) 저당권 등 담보권 설정에 관한 사항, 담보권 실행사유 및 담보권 실행에 따른 담보목적물의 소유권 상실 등 권리변동에 관한 사항
4) 대출원리금, 수수료 등 금융소비자가 대출계약을 체결하는 경우 부담하여야 하는 금액의 총액
5) 그 밖에 대출계약의 해지에 관한 사항 등 대출성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

2. 제1호 각 목의 금융상품과 연계되거나 제휴된 금융상품 또는 서비스 등(이하 "연계·제휴서비스등"이라 한다)이 있는 경우 다음 각 목의 사항
가. 연계·제휴서비스등의 내용
나. 연계·제휴서비스등의 이행책임에 관한 사항
다. 그 밖에 연계·제휴서비스등의 제공기간 등 연계·제휴서비스등에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

3. 제46조에 따른 청약 철회의 기한·행사방법·효과에 관한 사항
4. 그 밖에 금융소비자 보호를 위하여 대통령령으로 정하는 사항

② 금융상품판매업자등은 제1항에 따른 설명에 필요한 설명서를 일반금융소비자에게 제공하여야 하며, 설명한 내용을 일반금융소비자가 이해하였음을 서명, 기명날인, 녹취 또는 그 밖에 대통령령으로 정하는 방법으로 확인을 받아야 한다. 다만, 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 설명서를 제공하지 아니할 수 있다.

③ 금융상품판매업자등은 제1항에 따른 설명을 할 때 일반금융소비자의 합리적인 판단 또는 금융상품의 가치에 중대한 영향을 미칠 수 있는 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항을 거짓으로 또는 왜곡(불확실한 사항에 대하여 단정적 판단을 제공하거나 확실하다고 오인하게 할 소지가 있는 내용을 알리는 행위를 말한다)하여 설명하거나 대통령령으로 정하는 중요한 사항을 빠뜨려서는 아니 된다.

④ 제2항에 따른 설명서의 내용 및 제공 방법·절차에 관한 세부내용은 대통령령으로 정한다.
[시행일:2021. 9. 25.] 제19조 중 금융상품자문업자 관련 부분

[금융소비자 보호에 관한 법률 제20조(불공정영업행위의 금지)][시행 2023. 10. 12]

① 금융상품판매업자등은 우월적 지위를 이용하여 금융소비자의 권익을 침해하는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위(이하 "불공정영업행위"라 한다)를 해서는 아니 된다.
1. 대출성 상품, 그 밖에 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약체결과 관련하여 금융소비자의 의사에 반하여 다른 금융상품의 계약체결을 강요하는 행위
2. 대출성 상품, 그 밖에 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약체결과 관련하여 부당하게 담보를 요구하거나 보증을 요구하는 행위
3. 금융상품판매업자등 또는 그 임직원이 업무와 관련하여 편익을 요구하거나 제공받는 행위
4. 대출성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위
가. 자기 또는 제3자의 이익을 위하여 금융소비자에게 특정 대출 상환방식을 강요하는 행위
나. 1)부터 3)까지의 경우를 제외하고 수수료, 위약금 또는 그 밖에 어떤 명목이든 중도상환수수료를 부과하는 행위

1) 대출계약이 성립한 날부터 3년 이내에 상환하는 경우
2) 다른 법령에 따라 중도상환수수료 부과가 허용되는 경우
3) 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 행위로서 대통령령으로 정하는 경우

다. 개인에 대한 대출 등 대통령령으로 정하는 대출상품의 계약과 관련하여 제3자의 연대보증을 요구하는 경우

5. 연계·제휴서비스등이 있는 경우 연계·제휴서비스등을 부당하게 축소하거나 변경하는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위. 다만, 연계·제휴서비스등을 불가피하게 축소하거나 변경하더라도 금융소비자에게 그에 상응하는 다른 연계·제휴서비스등을 제공하는 경우와 금융상품판매업자등의 휴업·파산·경영상의 위기 등에 따른 불가피한 경우는 제외한다.
6. 그 밖에 금융상품판매업자등이 우월적 지위를 이용하여 금융소비자의 권익을 침해하는 행위

② 불공정영업행위에 관하여 구체적인 유형 또는 기준은 대통령령으로 정한다.
[시행일:2021. 9. 25.] 제20조 중 금융상품자문업자 관련 부분

[금융소비자 보호에 관한 법률 제21조(부당권유행위 금지)][시행 2023. 10. 12]
금융상품판매업자등은 계약 체결을 권유(금융상품자문업자가 자문에 응하는 것을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)하는 경우에 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 해서는 아니 된다. 다만, 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위는 제외한다.

1. 불확실한 사항에 대하여 단정적 판단을 제공하거나 확실하다고 오인하게 할 소지가 있는 내용을 알리는 행위
2. 금융상품의 내용을 사실과 다르게 알리는 행위
3. 금융상품의 가치에 중대한 영향을 미치는 사항을 미리 알고 있으면서 금융소비자에게 알리지 아니하는 행위
4. 금융상품 내용의 일부에 대하여 비교대상 및 기준을 밝히지 아니하거나 객관적인 근거 없이 다른 금융상품과 비교하여 해당 금융상품이 우수하거나 유리하다고 알리는 행위
5. 보장성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위
   가. 금융소비자(이해관계인으로서 대통령령으로 정하는 자를 포함한다. 이하 이 호에서 같다)가 보장성 상품 계약의 중요한 사항을 금융상품직접판매업자에게 알리는 것을 방해하거나 알리지 아니할 것을 권유하는 행위
   나. 금융소비자가 보장성 상품 계약의 중요한 사항에 대하여 부실하게 금융상품직접판매업자에게 알릴 것을 권유하는 행위
6. 투자성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위
   가. 금융소비자로부터 계약의 체결권유를 해줄 것을 요청받지 아니하고 방문·전화 등 실시간 대화의 방법을 이용하는 행위
   나. 계약의 체결권유를 받은 금융소비자가 이를 거부하는 취지의 의사를 표시하였는데도 계약의 체결권유를 계속하는 행위
7. 그 밖에 금융소비자 보호 또는 건전한 거래질서를 해칠 우려가 있는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위

[시행일:2021. 9. 25.] 제21조 중 금융상품자문업자 관련 부분

[노인장기요양보험법 제15조(등급판정 등)]
① 공단은 제14조에 따른 조사가 완료된 때 조사결과서, 신청서, 의사소견서, 그 밖에 심의에 필요한 자료를 등급판정위원회에 제출하여야 한다. <개정 2016. 5. 29.>
② 등급판정위원회는 신청인이 제12조의 신청자격요건을 충족하고 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정하는 경우 심신상태 및 장기요양이 필요한 정도 등 대통령령으로 정하는 등급

판정기준에 따라 수급자로 판정한다. <개정 2016. 5. 29.>
③ 등급판정위원회는 제2항에 따라 심의·판정을 하는 때 신청인과 그 가족, 의사소견서를 발급한 의사 등 관계인의 의견을 들을 수 있다.
④ 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것으로 의심되는 경우에는 제14조제1항 각 호의 사항을 조사하여 그 결과를 등급판정위원회에 제출하여야 한다. <신설 2018. 12. 11.>
1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양인정을 받은 경우
2. 고의로 사고를 발생하도록 하거나 본인의 위법행위에 기인하여 장기요양인정을 받은 경우
⑤ 등급판정위원회는 제4항에 따라 제출된 조사 결과를 토대로 제2항에 따라 다시 수급자 등급을 조정하고 수급자 여부를 판정할 수 있다. <신설 2018. 12. 11., 2020. 3. 31.>

[노인장기요양보험법 제29조(장기요양급여의 제한)]
① 공단은 장기요양급여를 받고 있는 자가 정당한 사유 없이 제15조제4항에 따른 조사나 제60조 또는 제61조에 따른 요구에 응하지 아니하거나 답변을 거절한 경우 장기요양급여의 전부 또는 일부를 제공하지 아니하게 할 수 있다. <개정 2020. 3. 31.>
② 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 장기요양기관이 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양급여비용을 받는 데에 가담한 경우 장기요양급여를 중단하거나 1년의 범위에서 장기요양급여의 횟수 또는 제공 기간을 제한할 수 있다. <신설 2020. 3. 31.>
③ 제2항에 따른 장기요양급여의 중단 및 제한 기준과 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <신설 2020. 3. 31.>

[노인장기요양보험법 제60조(자료의 제출 등)]
① 공단은 장기요양급여 제공내용 확인, 장기요양급여의 관리·평가 및 장기요양보험료 산정 등 장기요양사업 수행에 필요하다고 인정할 때 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에게 자료의 제출을 요구할 수 있다. <개정 2021. 12. 21.>
1. 장기요양보험가입자 또는 그 피부양자 및 의료급여수급권자
2. 수급자 및 장기요양기관 및 의료기관
② 제1항에 따라 자료의 제출을 요구받은 자는 성실히 이에 응하여야 한다.

[노인장기요양보험법 제61조(보고 및 검사)]
① 보건복지부장관, 특별시장·광역시장·도지사 또는 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에게 보수·소득이나 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사항의 보고 또는 자료의 제출을 명하거나 소속 공무원으로 하여금 관계인에게 질문을 하게 하거나 관계 서류를 검사하게 할 수 있다. <개정 2013. 8. 13., 2020. 3. 31.>
1. 장기요양보험가입자
2. 피부양자
3. 의료급여수급권자
② 보건복지부장관, 특별시장·광역시장·도지사 또는 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에게 장기요양급여의 제공 명세, 재무·회계에 관한 사항 등 장기요양급여에 관련된 자료의 제출을 명하거나 소속 공무원으로 하여금 관계인에게 질문을 하게 하거나 관계 서류를 검사하게 할 수 있다. <개정 2013. 8. 13., 2016. 5. 29., 2020. 3. 31., 2021. 12. 21.>
1. 장기요양기관 및 의료기관
2. 장기요양급여를 받은 자
③ 보건복지부장관, 특별시장·광역시장·도지사 또는 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구

청장은 제1항 및 제2항에 따른 보고 또는 자료제출 명령이나 질문 또는 검사 업무를 효율적으로 수행하기 위하여 필요한 경우에는 공단에 행정응원(行政應援)을 요청할 수 있다. 이 경우 공단은 특별한 사유가 없으면 이에 따라야 한다. <신설 2020. 3. 31.>

④ 제1항 및 제2항의 경우에 소속 공무원은 그 권한을 표시하는 증표 및 조사기간, 조사범위, 조사담당자, 관계 법령 등 보건복지부령으로 정하는 사항이 기재된 서류를 지니고 이를 관계인에게 내보여야 한다. <개정 2015. 12. 29., 2020. 3. 31.>

⑤ 제1항 및 제2항에 따른 질문 또는 검사의 절차·방법 등에 관하여는 이 법에서 정하는 사항을 제외하고는 「행정조사기본법」에서 정하는 바에 따른다. <신설 2015. 12. 29., 2020. 3. 31.>

⑥ 제3항에 따른 행정응원의 절차·방법 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. <신설 2020. 3. 31.>

[국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 제6조(등록 및 결정)]

① 국가유공자, 그 유족 또는 가족이 되려는 사람(이하 이 조에서 "신청 대상자"라 한다)은 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈부장관에게 등록을 신청하여야 한다. 다만, 신청 대상자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈부 소속 공무원이 신청 대상자의 동의를 받아 등록을 신청할 수 있고, 그 동의를 받은 경우에는 신청 대상자가 등록을 신청한 것으로 본다. <개정 2011.9.15., 2013.5.22., 2023.3.4.>

1.「국가보훈 기본법」 제23조제1항제3호의2에 따라 발굴된 희생·공헌자의 경우

2. 전투 또는 이에 준하는 직무수행 중 상이를 입거나 사망한 경우

3. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유로 직접 등록을 신청할 수 없는 경우

②「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」 제4조제1항에 따라 등록을 신청하는 사람에 대하여는 그 등록신청을 한 날에 제1항에 따른 등록을 신청한 것으로 본다. <신설 2011.9.15.>

③ 국가보훈부장관은 제1항에 따른 등록신청을 받으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 제4조 또는 제5조에 따른 요건을 확인한 후 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는지를 결정한다. 이 경우 제4조제1항제3호부터 제6호까지, 제8호, 제14호 및 제15호의 국가유공자(이하 "전몰군경등"이라 한다)가 되기 위하여 등록을 신청하는 경우에는 그 소속하였던 기관의 장에게 그 요건과 관련된 사실의 확인을 요청하여야 하며, 그 소속하였던 기관의 장은 관련 사실을 조사한 후 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 요건과 관련된 사실을 확인하여 국가보훈부장관에게 통보하여야 한다. <개정 2011.9.15., 2013.5.22., 2023.3.4.>

④ 국가보훈부장관은 제3항 전단에 따라 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는 사람으로 결정할 때에는 제74조의5에 따른 보훈심사위원회(이하 "보훈심사위원회"라 한다)의 심의·의결을 거쳐야 한다. 다만, 국가유공자, 그 유족 또는 가족의 요건이 객관적인 사실에 의하여 확인된 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거치지 아니할 수 있다. <신설 2011.9.15.,2023.3.4>

⑤ 국가보훈부장관은 제4조제1항 각 호(제1호, 제2호 및 제10호는 제외한다)의 어느 하나에 해당하는 적용 대상 국가유공자임에도 불구하고 신청 대상자가 없어 등록신청을 할 수 없는 사람에 대해서는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거쳐 국가유공자로 기록하고 예우 및 관리를 할 수 있다. <신설 2016.5.29.,2023.3.4>

⑥ 제1항부터 제4항까지의 규정은 다른 법률에서 이 법의 예우 등을 받도록 규정된 사람에 대하여도 적용한다. <신설 2011.9.15.,2016.5.29.>

[장애인복지법 제32조(장애인 등록)]

① 장애인, 그 법정대리인 또는 대통령령으로 정하는 보호자(이하 "법정대리인등"이라 한다)는 장애 상태와 그 밖에 보건복지부령이 정하는 사항을 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수 또는 구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)에게 등록하여야 하며, 특별자치시장·특별자치도지사·시

장·군수·구청장은 등록을 신청한 장애인이 제2조에 따른 기준에 맞으면 장애인등록증(이하 “등록증”이라 한다)을 내주어야 한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18., 2010. 5. 27., 2015. 6. 22., 2017. 2. 8.>

② 삭제

③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따라 등록증을 받은 장애인의 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도 조정을 위하여 장애 진단을 받게 하는 등 장애인이나 법정대리인등에게 필요한 조치를 할 수 있다. <개정 2017. 2. 8., 2017. 12. 19.>

④ 장애인의 장애 인정과 장애 정도 사정(査定)에 관한 업무를 담당하게 하기 위하여 보건복지부에 장애판정위원회를 둘 수 있다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18., 2017. 12. 19.>

⑤ 등록증은 양도하거나 대여하지 못하며, 등록증과 비슷한 명칭이나 표시를 사용하여서는 아니 된다.

⑥ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따른 장애인 등록 및 제3항에 따른 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도를 조정함에 있어 장애인의 장애 인정과 장애 정도 사정이 적정한지를 확인하기 위하여 필요한 경우 대통령령으로 정하는 「공공기관의 운영에 관한 법률」 제4조에 따른 공공기관에 장애 정도에 관한 정밀심사를 의뢰할 수 있다. <신설 2010. 5. 27., 2015. 6. 22., 2015. 12. 29., 2017. 12. 19.>

⑦ 삭제

⑧ 제1항 및 제3항부터 제6항까지에서 규정한 사항 외에 장애인의 등록, 등록증의 발급, 장애 진단 및 장애 정도에 관한 정밀심사, 장애판정위원회 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18., 2010. 5. 27., 2015. 12. 29., 2017. 2. 8., 2021. 7. 27.>

[상법 제657조(보험사고발생의 통지의무)]

① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.

② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 해태함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다.<신설 1991. 12. 31.>

[의료법 제33조(개설 등)]

① 의료인은 이 법에 따른 의료기관을 개설하지 아니하고는 의료업을 할 수 없으며, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 외에는 그 의료기관 내에서 의료업을 하여야 한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.>

1. 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 응급환자를 진료하는 경우
2. 환자나 환자 보호자의 요청에 따라 진료하는 경우
3. 국가나 지방자치단체의 장이 공익상 필요하다고 인정하여 요청하는 경우
4. 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 가정간호를 하는 경우
5. 그 밖에 이 법 또는 다른 법령으로 특별히 정한 경우나 환자가 있는 현장에서 진료를 하여야 하는 부득이한 사유가 있는 경우

② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자가 아니면 의료기관을 개설할 수 없다. 이 경우 의사는 종합병원·병원·요양병원·정신병원 또는 의원을, 치과의사는 치과병원 또는 치과의원을, 한의사는 한방병원·요양병원 또는 한의원을, 조산사는 조산원만을 개설할 수 있다. <개정 2009. 1. 30., 2020. 3. 4.>

1. 의사, 치과의사, 한의사 또는 조산사
2. 국가나 지방자치단체
3. 의료업을 목적으로 설립된 법인(이하 “의료법인”이라 한다)
4. 「민법」이나 특별법에 따라 설립된 비영리법인
5. 「공공기관의 운영에 관한 법률」에 따른 준정부기관, 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 따른 지방의료원, 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 한국보훈복지의료공단

③ 제2항에 따라 의원·치과의원·한의원 또는 조산원을 개설하려는 자는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.>
④ 제2항에 따라 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원 또는 정신병원을 개설하려면 제33조의2에 따른 시·도 의료기관개설위원회의 심의를 거쳐 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시·도지사의 허가를 받아야 한다. 이 경우 시·도지사는 개설하려는 의료기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개설허가를 할 수 없다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18., 2019. 8. 27., 2020. 3. 4.>
1. 제36조에 따른 시설기준에 맞지 아니하는 경우
2. 제60조제1항에 따른 기본시책과 같은 조 제2항에 따른 수급 및 관리계획에 적합하지 아니한 경우
⑤ 제3항과 제4항에 따라 개설된 의료기관이 개설 장소를 이전하거나 개설에 관한 신고 또는 허가사항 중 보건복지부령으로 정하는 중요사항을 변경하려는 때에도 제3항 또는 제4항과 같다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.>
⑥ 조산원을 개설하는 자는 반드시 지도의사(指導醫師)를 정하여야 한다.
⑦ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 의료기관을 개설할 수 없다. <개정 2019. 8. 27.>
1. 약국 시설 안이나 구내인 경우
2. 약국의 시설이나 부지 일부를 분할·변경 또는 개수하여 의료기관을 개설하는 경우
3. 약국과 전용 복도·계단·승강기 또는 구름다리 등의 통로가 설치되어 있거나 이런 것들을 설치하여 의료기관을 개설하는 경우
4. 「건축법」 등 관계 법령에 따라 허가를 받지 아니하거나 신고를 하지 아니하고 건축 또는 증축·개축한 건축물에 의료기관을 개설하는 경우
⑧ 제2항제1호의 의료인은 어떠한 명목으로도 둘 이상의 의료기관을 개설·운영할 수 없다. 다만, 2 이상의 의료인 면허를 소지한 자가 의원급 의료기관을 개설하려는 경우에는 하나의 장소에 한하여 면허 종별에 따른 의료기관을 함께 개설할 수 있다. <신설 2009. 1. 30., 2012. 2. 1.>
⑨ 의료법인 및 제2항제4호에 따른 비영리법인(이하 이 조에서 "의료법인등"이라 한다)이 의료기관을 개설하려면 그 법인의 정관에 개설하고자 하는 의료기관의 소재지를 기재하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정관의 변경허가를 얻어야 한다(의료법인등을 설립할 때에는 설립 허가를 말한다. 이하 이 항에서 같다). 이 경우 그 법인의 주무관청은 정관의 변경허가를 하기 전에 그 법인이 개설하고자 하는 의료기관이 소재하는 시·도지사 또는 시장·군수·구청장과 협의하여야 한다. <신설 2015. 12. 29.>
⑩ 의료기관을 개설·운영하는 의료법인등은 다른 자에게 그 법인의 명의를 빌려주어서는 아니 된다. <신설 2015. 12. 29.>

[의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)]
① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.>
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. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.>
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.<개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.>

【별표3】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
보험금	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%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50%
		1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 금리연동형보험은 일자 계산합니다. 단, 보통약관 제38조(소멸시효)에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자를 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

"책임 있는 사유" 예시

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 정당한 사유 없이 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 조사요청에 동의하지 않는 경우

3. 가산이율 적용시 보통약관 제8조(보험금 등의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

5. 약관에서 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때 지급지연 이자 계산 예시

- 예시기준)

지급보험금 100만원, 보험계약대출이율 4.3%, 지급기일로부터 50일 경과시

: 100만원 × (30 × 4.3% + 20 × 8.3%)/365 = 8,082 원

6. 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.

【별표4】 뇌・내장손상 분류표

① 약관에 규정하는 뇌・내장손상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌・내장손상 해당 여부를 판단합니다.

구분	대 상 병 명	분류번호
뇌 손상	[두개골 및 안면골의 골절]	
	1.두개원개의 골절	S02.0
	2.두개저의 골절	S02.1
	3.안와 바닥의 골절	S02.3
	4.두개골 및 안면골을 침범한 다발 골절	S02.7
	5.기타 두개골 및 안면골의 골절	S02.8
	6.두개골 및 안면골의 상세불명 부분의 골절	S02.9
	[두개내 손상]	
	1.미만성 뇌 손상	S06.2
	2.경막외출혈	S06.4
	3.외상성 경막하 출혈	S06.5
	4.외상성 거미막하 출혈	S06.6
	5.지속적 혼수를 동반한 두개내 손상	S06.7
	6.기타 두개내 손상	S06.8
	7.상세불명의 두개내 손상	S06.9
	[머리의 으깸손상]	
	1.두개골의 으깸손상	S07.1
	2.머리의 기타부분의 으깸손상	S07.8
	[머리부분의 외상성 절단]	
	1.머리의 기타부분의 외상성 절단	S08.8
	[머리의 기타 및 상세불명의 손상]	
	1.달리 분류되지 않은 머리의 혈관 손상	S09.0
	2.머리의 다발손상	S09.7
내장 손상	[심장의 손상]	
	1.혈심낭을 동반한 심장손상	S26.0
	2.심장의 기타 손상	S26.8
	3.심장의 상세불명 손상	S26.9
	[기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상]	
	1.폐의 기타 손상	S27.3
	2.기관지의 손상	S27.4
	3.흉부기관의 손상	S27.5
	4.흉막의 손상	S27.6
	5.흉곽내 기관의 다발손상	S27.7
	6.기타 명시된 흉곽내 기관의 손상	S27.8
	7.상세불명의 흉곽내 기관의 손상	S27.9
	[흉부의 으깸손상 및 흉곽 부분의 외상성 절단]	S28
	[흉부의 기타 및 상세불명의 손상]	S29
	[복부, 아래등 및 골반 부위의 혈관의 손상]	S35

내장 손상	[복강내 기관의 손상]	
	1.비장의 손상	S36.0
	2.간 또는 담낭의 손상	S36.1
	3.췌장의 손상	S36.2
	4.위의 손상	S36.3
	5.소장의 손상	S36.4
	6.결장의 손상	S36.5
	7.직장의 손상	S36.6
	8.다발성 복강내 기관의 손상	S36.7
	9.기타 복강내 기관의 손상	S36.8
	[비뇨 및 골반기관의 손상]	
	1.신장의 손상	S37.0
	2.요관의 손상	S37.1
	3.방광의 손상	S37.2
	4.요도의 손상	S37.3
	5.난소의 손상	S37.4
	6.난관의 손상	S37.5
	7.자궁의 손상	S37.6
	8.다발성 골반기관의 손상	S37.7
	9.기타 골반기관의 손상	S37.8
	[복부, 아래등 및 골반 부분의 으깸손상 및 외상성 절단]	S38
	[복부, 아래등 및 골반의 기타 및 상세불명의 손상]	
	1.골반기관을 동반한 복강내 기관의 손상	S39.6

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표5】 가정간호치료(급여) 분류표

약관에 규정하는 「가정간호치료(급여)」는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

진료행위	수가코드
가정간호기본방문료[방문당] 가. 상급종합병원	AN200, 13200
가정간호기본방문료[방문당] 나. 종합병원	AN300, 13300
가정간호기본방문료[방문당] 다. 병원,치과병원,한방병원,요양병원	AN400, 13400
가정간호기본방문료[방문당] 라. 의원,보건의료원 내 의과	AN500
가정간호기본방문료[방문당] 마. 한의원,보건의료원 내 한의과	13500

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 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 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표6】 1-5종 수술분류표Ⅲ

Ⅰ. 일반 질병 및 상해 치료목적의 수술

구분	수술명	수술 종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25㎠이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25㎠미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy) *단, 유방의 비대(N62)로 인한 유방절단수술제외	3
	3-1. 유방의 비대(N62)로 인한 유방절단수술	1
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외)	1
근골(筋骨)의 수술 [발정술 (拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함] [치(齒) · 치은 · 치근(齒根) ·치조골 (齒槽骨)의 처치, 임플란트 (Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]>	5. 골(骨) 이식수술	2
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술 제외. 단, 수면무호흡증(G47.3) 치료를 위한 수술은 보상함]	1
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)	
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	1
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	2
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1
호흡기계· 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 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,	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3

비장(脾腸)의 수술	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관 혈수술	1
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacem aker) 매입술(埋入術)	3
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술	3
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함](단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] (단, 직장탈근본수술은 제외)	4
비뇨기계·생식기계의 수술 (인공임신 중절수술은 제외함)	44. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류 교정수술은 제외]	4
	45. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2
	46. 방광류 교정수술	1
	47. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5
	48. 음경(陰莖) 절단수술(포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3

	49. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺) 관혈수술	2
	50. 음낭관혈수술	1
	51. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2
	52. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술	1
	53. 질탈(膣脫)근본수술	1
내분비기계의 수술	54. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	55. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
	56. 부신(副腎) 절제수술	4
신경계의 수술	57. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	58. 신경(神經) 관혈수술	2
	59. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	60. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	61. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 포함)	1
	62. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1
	63. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	64. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	65. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	66. 각막, 공막 이식수술	2
	67. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	68. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	69. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	70. 망막박리(網膜剝離) 수술	2
	71. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [시력회복 및 시력개선 목적의 수술은 제외]	1
	72. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술	2
	73. 안구적출술, 조직충전술(組織充塡術)	3
	74. 안와내종양절제수술	3
	75. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	76. 안근(眼筋)관혈수술	1
청각기 (聽覺器)의 수술	77. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술[고막 패치술은 제외]	2
	78. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	79. 중이(中耳) 관혈수술[중이내 튜브유치술 제외]	2
	80. 중이내(中耳內) 튜브유치술[고막 패치술은 제외]	1
	81. 내이(內耳) 관혈수술	3
상기 이외의 수술 [검사,처치, 약물주입 요법은 포함하지 않음]	82. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	83. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	84. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2

	85. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외)	1
	86. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술	
	86-1. 뇌, 심장	3
	86-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외) * 단, 대장의 용종 또는 대장의 양성신생물의 내시경적 절제술은 1종으로 분류합니다.	2
	86-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

㈜ 상기 1 ~ 85항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 86항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강 경에 의한 수술은 해당부위(1 ~ 85 항)의 수술로 적용합니다.

Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술 종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery)(단, 기타피부암(C44) 제외) [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]	5
1-1. 기타피부암(C44)	3
2. 내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물 수술	3

㈜ 1. 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 ‘Ⅰ. 일반 질병 및 상해치료 목적의 수술’ 항목의 적용을 받습니다.
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.
3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.

Ⅲ. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목 수술종류	수술 종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버나이프(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 수술분류표Ⅲ 사용 지침)

1. ‘수술’이라 함은 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 수술하는 것을 말합니다. 이 때 수술이란 <1-5종 수술분류표Ⅲ>에서 정한 행위[기구를 사용하여 생체

(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단) 등은 제외]를 하는 것을 말합니다.

2. '관혈(觀血)'수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)'수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. '관혈적 악성신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제 또는 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.
5. <1-5종 수술분류표III> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준: <1-5종 수술분류표III>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선 조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
   ⑴ <1-5종 수술분류표III> 상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 <1-5종 수술분류표III> 상의 동일부위 수술로 봅니다.
   ⑵ 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1-5종 수술분류표III> 중 'Ⅰ.일반 질병 및 상해치료 목적의 수술' 86항 (악성신생물의 경우는 'II. 악성신생물 치료목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.
6. '악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.
7. '두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
8. 다음과 같은 수술은 수술보험금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
   ⑴ 미용 성형상의 수술
   ⑵ 피임(避妊) 목적의 수술
   ⑶ 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
   ⑷ 검사 및 진단을 위한 수술 [생검 (生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

【별표7】 골절(치아파절 제외) 분류표

① 약관에 규정하는 골절(치아파절 제외)로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절(치아파절 제외) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 상 병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절(깨짐, 부러짐) 제외)	S02(S02.5 제외)
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의골절	S92
13. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표8-1】 골절(치아파절제외) 분류표Ⅱ

① 약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 상 병	분류번호
두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절(깨짐, 부러짐) 제외)	S02 (S02.5 제외)
경막외출혈	S06.4
외상성 경막하출혈	S06.5
외상성 거미막하출혈	S06.6
지속적 혼수를 동반한 두개 내 손상	S06.7
머리의 으깸손상	S07
머리의 상세불명 손상	S09.9
목의 골절	S12
목부위의 신경 및 척수의 손상	S14
늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
흉부의 으깸손상 및 흉부 부분의 외상성 절단	S28
요추 및 골반의 골절	S32
어깨 및 위팔의 골절	S42
어깨 및 위팔의 외상성 절단	S48
아래팔의 골절	S52
손목 및 손부위의 골절	S62
대퇴골의 골절	S72
둔부 및 대퇴의 외상성 절단	S78
발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
발목을 제외한 발의 골절	S92
여러 신체부위를 침범한 골절	T02
척추의 상세불명 부위의 골절	T08
팔의 상세불명 부위의 골절	T10
다리의 상세불명 부위의 골절	T12
상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표8-2】 골절 등급분류기준표

① 약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절 해당 여부를 판단합니다.

등급	머리	목	몸통	팔	다리	기타
1	S02.0, S02.7, S02.9, S06.4-S06.7	S12.2, S12.7, S12.9, S14.1	S28.1	-	-	T02.6, T02.8
2	S02.8, T02.0	S12.0, S12.1, S12.8, S14.0, S14.2, S14.3, S14.6	S22.0, S22.4, S22.5, S32.3, S32.4, S32.5, S32.8	S42.3, S42.4, S42.7, S42.9, S48.0, T02.2	S72.0-S72.3, S72.7-S72.9, S78.0, S78.1, S78.9, S82.2, T02.3, T02.5	T02.7, T02.9, T14.2
3	S02.1, S02.2, S02.3, S02.4, S02.6, S07.0, S07.1, S07.8, S07.9, S09.9	-	S22.1, S22.2, S22.8, S22.9, S32.0, S32.1, S32.7, T02.1, T08.0, T08.1	S42.2, S42.8, S48.9, S52.0, S52.2, S52.6-S52.9, S62.4, T10.0, T10.1	S72.4, S82.1, S82.3, S82.7-S82.9, T12.0, T12.1	-
4	-	S14.5	S22.3, S28.0, S32.2	S42.0, S42.1, S48.1, S52.1, S52.3, S52.4, S52.5, S62.0-S62.3, S62.8	S82.0, S82.4-S82.6, S92.0-S92.4, S92.7, S92.9	-
5	-	S14.4	-	S62.5, S62.6, S62.7, T02.4	S92.5	`-

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표9】 골절 분류표

① 약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 상 병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의골절	S92
13. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표10-1】 골절 분류표Ⅲ

① 약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 상 병	분류번호
두개골 및 안면골의 골절	S02
경막외출혈	S06.4
외상성 경막하출혈	S06.5
외상성 거미막하출혈	S06.6
지속적 혼수를 동반한 두개 내 손상	S06.7
머리의 으깸손상	S07
머리의 상세불명 손상	S09.9
목의 골절	S12
목부위의 신경 및 척수의 손상	S14
늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
흉부의 으깸손상 및 흉부 부분의 외상성 절단	S28
요추 및 골반의 골절	S32
어깨 및 위팔의 골절	S42
어깨 및 위팔의 외상성 절단	S48
아래팔의 골절	S52
손목 및 손부위의 골절	S62
대퇴골의 골절	S72
둔부 및 대퇴의 외상성 절단	S78
발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
발목을 제외한 발의 골절	S92
여러 신체부위를 침범한 골절	T02
척추의 상세불명 부위의 골절	T08
팔의 상세불명 부위의 골절	T10
다리의 상세불명 부위의 골절	T12
상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표10-2】 골절 등급분류기준표 II

① 약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절 해당 여부를 판단합니다.

등급	머리	목	몸통	팔	다리	기타
1	S02.0, S02.7, S02.9, S06.4-S06.7	S12.2, S12.7, S12.9, S14.1	S28.1	-	-	T02.6, T02.8
2	S02.8, T02.0	S12.0, S12.1, S12.8, S14.0, S14.2, S14.3, S14.6	S22.0, S22.4, S22.5, S32.3, S32.4, S32.5, S32.8	S42.3, S42.4, S42.7, S42.9, S48.0, T02.2	S72.0-S72.3, S72.7-S72.9, S78.0, S78.1, S78.9, S82.2, T02.3, T02.5	T02.7, T02.9, T14.2
3	S02.1, S02.2, S02.3, S02.4, S02.6, S07.0, S07.1, S07.8, S07.9, S09.9	-	S22.1, S22.2, S22.8, S22.9, S32.0, S32.1, S32.7, T02.1, T08.0, T08.1	S42.2, S42.8, S48.9, S52.0, S52.2, S52.6-S52.9, S62.4, T10.0, T10.1	S72.4, S82.1, S82.3, S82.7-S82.9, T12.0, T12.1	-
4	-	S14.5	S22.3, S28.0, S32.2	S42.0, S42.1, S48.1, S52.1, S52.3, S52.4, S52.5, S62.0-S62.3, S62.8	S82.0, S82.4-S82.6, S92.0-S92.4, S92.7, S92.9	-
5	S02.5	S14.4	-	S62.5, S62.6, S62.7, T02.4	S92.5	-

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표11】 화상 분류표

① 약관에 규정하는 화상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 화상 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 상 병	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 고관절 및 다리의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선과 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

※ 부식 : 화학약품 등에 의한 피부 손상

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표12】 5대골절분류표

① 약관에 규정하는 5대골절로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 5대골절 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 상 병	분류번호
1. 머리의 으깸손상	S07
2. 목의 골절	S12
3. 흉추의 골절 및 흉추의 다발골절	S22.0~S22.1
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 대퇴골의 골절	S72

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표13-1】 악성신생물(암) 분류표

① 약관에 규정하는 암(악성신생물)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 암(악성신생물) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00~C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물(암)	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45~C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성신생물(암)	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성신생물(암)	C60~C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물(암)	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물(암)	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81~C96
15. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

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.

【별표13-2】 제자리신생물 분류표

① 약관에 규정하는 제자리암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 제자리암 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

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.

【별표13-3】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

① 약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 경계성종양 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

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.

【별표14】 11대특정암 분류표

① 약관에 규정하는 11대특정암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 11대특정암 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 식도의 악성신생물(암)	C15
2. 췌장의 악성신생물(암)	C25
3. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40~C41
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 관절연골의 악성신생물(암)	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물(암)	C70~C72
- 수막의 악성신생물(암)	C70
- 뇌의 악성신생물(암)	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81~C96
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식질환	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물(암)	C96
- 만성 골수증식 질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5
6. 간 및 간내 담관의 악성신생물(암)	C22
7. 담낭의 악성신생물(암)	C23
8. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물(암)	C24
9. 기관의 악성신생물(암)	C33
10. 기관지 및 폐의 악성신생물(암)	C34
11. 소장의 악성신생물(암)	C17

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

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.

【별표15】 뇌출혈 분류표

① 약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌출혈 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

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.

【별표16】 급성심근경색증 분류표

① 약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 급성심근경색증 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 후속 심근경색증	I22
3. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

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.

【별표17】 뇌졸중 분류표

① 약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌졸중 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 거미막하출혈	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. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

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.

【별표18】 허혈성심질환 분류표

① 약관에 규정하는 「허혈성심질환」으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 허혈성심질환 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

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.

【별표19】 뇌혈관질환 분류표

① 약관에 규정하는 「뇌혈관질환」으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌혈관질환 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관 질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
10. 뇌혈관 질환의 후유증	I69

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

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.

【별표20-1】 신19대특정질병 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
가1	1.백내장	노년성 백내장	H25
		기타 백내장	H26
		수정체의 기타장애	H27
	2.관절염	감염성 관절병증	M00~M03
		(결핵 관절염(A18.01+) 제외)	(M01.1*제외)
		염증성 다발 관절병증	M05~M14
		(당뇨병성 관절병증 제외)	(M14.2 제외)
		- 류마티스 폐질환(M05.1+)	J99.0*
		관절증	M15~M19
		기타 관절장애	M20~M25
	3.생식기질환	남성생식기관의 질환	N40~N45, N47~N51
		- 기타 및 상세불명의 비뇨생식기계 편모충증 (N51.0*) 주) A59.08(기타 및 상세불명의 비뇨생식기계 편모충증) 중 편모충성 전립선염에 한함	A59.08주)
		- 남성 생식기관의 결핵	A18.14+
		- 볼거리고환염(N51.1*)	B26.0+
		여성골반내 기관의 염증성 질환	N70~N77
		(여성생식기관의 결핵(A18.17+) 제외)	(N74.0*, N74.1* 제외)
		여성 생식기관의 비염증성 장애 (습관적유산자(N96) 제외) (여성 불임(N97) 제외) (인공 수정과 관련된 합병증(N98) 제외)	N80~N95
		달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N99
	4.급성상기도감염	급성상기도감염	J00-J06
	5.담낭담도질환	담낭염	K81
		담낭의 기타질환	K82
		담도의 기타질환	K83
	6.중이의진주종	중이의 진주종	H71
	7.귀경화증	귀경화증	H80
	8.소화기계통의 양성신생물	기타 및 부위불명 소화기계통의 양성 신생물	D13

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
	9.중이·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물	중이 및 호흡계통의 양성 신생물	D14
		기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 양성 신생물	D15
	10.골 및 관절 연골의 양성신생물	골 및 관절연골의 양성 신생물	D16
	11.조직의 양성신생물	중피조직의 양성 신생물	D19
		후복막 및 복박 연조직의 양성 신생물	D20
		결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물	D21
	12.수막의 양성신생물	수막의 양성 신생물	D32
	13.뇌 및 중추신경계통의 양성신생물	뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
	14.갑상선 및 내분비선의 양성신생물	갑상선의 양성 신생물	D34
		기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D35
	15.골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증	M80
		병적 골절이 없는 골다공증	M81
		달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82*
		골연속성의 장애	M84
가2	16.담석증	담석증	K80
	17.사타구니탈장	사타구니탈장	K40
	18.편도염	편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
	19.축농증	만성 부비동염	J32

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

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.

【별표20-2】 19대특정질병Ⅱ 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
나1	1.복막의 질환	복막의 질환	K65~K67
		(결핵성 복막염 제외)	(K67.3 제외)
		- 기타 클라미디아질환(K67.0*)	A74.8+
	2.식도질환	식도염	K20
		위-식도역류병	K21
		식도의 기타질환	K22
		달리 분류된 질환에서의 식도의 장애	K23
		- 달리 분류되지 않은 소화기관의 결핵(K23.0*)	A18.82+
	3.위·십이지장 질환	위염 및 십이지장염	K29
		기능성 소화불량	K30
나2	4.내이의 질환	내이의 질환	H81~H83
	5.단일신경병증	팔의 단일신경병증	G56
		복합부위통증증후군 II형	G90.6
		다리의 단일신경병증	G57
		기타 단일신경병증	G58
		달리 분류된 질환에서의 단일신경병증	G59
		(당뇨병성단일신경병증)	(G59.0제외)
	6.방광의 결석	방광의 결석	N21.0
	7.비감염성장염 및 결장염	크론병[국소성 장염]	K50
		궤양성 대장염	K51
		기타 비감염성 위장염 및 결장염	K52
	8.중이 및 유돌의 질환	중이 및 유돌의 질환	H65~H70
			H72~H75
		- 결핵성 중이염(H67.0*)	A18.6+
		- 중이염이 합병된 홍역(H67.1*)	B05.3+
		- 홍역후 중이염(H67.1*)	B05.3+
	9.척추변형	척주후만증 및 척주전만증	M40
		척주측만증	M41
		척추골연골증	M42
		기타 변형성 등병증	M43
	10.척추병증	강직척추염	M45
		기타 염증성 척추병증	M46

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
		척추증	M47
		기타 척추병증	M48
나3	11.비뇨계통의 기타질환	방광염	N30
		달리 분류되지 않은 방광의 신경근육기능장애	N31
		방광의 기타 장애	N32
		달리 분류된 질환에서의 방광장애	N33
		(결핵성 방광염(A18.11†) 제외)	(N33.0 제외)
		비뇨계통의 기타 장애	N37
		달리 분류된 질환에서의 요도장애	N39
		(스트레스요실금 제외)	(N39.3 제외) (N39.4 제외)
	12.신장 및 요관의 기타장애	신세뇨관기능손상으로 인한 장애	N25
		상세불명의 신장위축	N26
		원인불명의 작은 신장	N27
		달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애	N28
		달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애	N29
		- 신장의 결핵(N29.1*)	A18.10+
		- 요관의 결핵(N29.1*)	A18.18+
	13.안면신경장애	삼차신경의 장애	G50
		안면신경장애	G51
		기타 뇌신경의 장애	G52
	14.인후부위의 특정질환	편도주위 농양	J36
		만성 후두염 및 후두기관염	J37
		달리 분류되지 않은 성대및 후두의 질환	J38
		상기도의 기타 질환	J39
나4	15.비뇨기관의 양성신생물	비뇨기관의 양성신생물	D30
	16.사구체질환	급성 신염증후군	N00
		급속 진행성 신염증후군	N01
		재발성 및 지속성 혈뇨	N02
		만성 신염증후군	N03
		신증후군	N04
		상세불명의 신염증후군	N05
		명시된 형태학적 병변을동반한 고립된 단백뇨	N06
		달리 분류되지 않은 유전성 신장병증	N07
		달리 분류된 질환에서의사구체장애	N08
		(당뇨병에서의 사구체장애 제외)	(N08.3 제외)

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
		- 기관 또는 계통 침범을 동반한 전신홍반루푸스 (N08.5*) 주) M32.1+(기관 또는 계통 침범을 동반한 전신홍반루푸스) 중 사구체 질환 동반 전신홍반루푸스에 한함	M32.1+주)
	17.신세뇨관-간질질환	급성 세뇨관-간질신장염	N10
		만성 세뇨관-간질신장염	N11
		급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신장염	N12
		폐색성 및 역류성 요로병증	N13
		약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태	N14
		기타 신세뇨관-간질 질환	N15
		달리 분류된 질환에서의 신세뇨관-간질 장애	N16
		- 기관 또는 계통 침범을 동반한 전신홍반루푸스 (N16.4*) 주) M32.1+(기관 또는 계통 침범을 동반한 전신홍반루푸스) 중 세뇨관-간질신장병증 동반 전신홍반루푸스에 한함	M32.1+주)
나5	18.특정부위의 탈장	대퇴탈장	K41
		배꼽탈장	K42
		복벽탈장	K43
		횡격막탈장	K44
		기타 복부탈장	K45
		상세불명의 복부탈장	K46
	19.특정장질환	장의 혈관장애	K55
		탈장이 없는 마비성 장폐쇄증 및 장폐쇄	K56
		장의 게실병	K57

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

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.

【별표20-3】 22대특정질병Ⅲ 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
다1	1.심장질환	급성 류마티스열	I00~I02
		만성 류마티스 심장질환	I05~I09
		허혈심장질환	I20~I25
		폐성심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
		기타형태의 심장병	I30~I52
		- 수막알균성 심장막염(I32.0*)	A39.5+
		- 수막알균성 심내막염(I39.8*)	
		- 수막알균성 심근염(I41.0*)	
		- 수막알균성 심장염 NOS(I52.0*)	
		칸디다심내막염(I39.8*)	B37.6+
	2.뇌혈관질환	뇌혈관 질환 (고혈압성 뇌병증 제외)	I60~I69 (I67.4 제외)
	3.간질환	바이러스 간염	B15~B19
		간의 질환	K70~K77
		- 거대세포바이러스 간염(K77.0*)	B25.1+
		- 톡소포자충간염(K77.0*)	B58.1+
	4.위·십이지장 궤양	위궤양 십이지장궤양 상세불명부위의 소화성궤양	K25~K27
	5.동맥경화증	죽상경화증	I70
	6.만성하부 호흡기질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
		단순성 및 점액화농성 만성기관지염	J41
		상세불명의 만성기관지염	J42
		천식	J45
		천식지속상태	J46
	7.폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
		폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
		인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
		달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
		달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
		달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
		- 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)	B25.0+

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
		- 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)	B05.2+
		- 수두 폐렴(J17.1*)	B01.2+
		- 폐 톡소포자충증(J17.3*)	B58.3+
		상세불명 병원체의 폐렴	J18
		재향군인병	A48.1
		폐렴이 합병된 홍역	B05.2
	8.녹내장	녹내장	H40
		달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
	9.황반변성	황반 및 후극부의 변성	H35.3
	10.결핵	결핵	A15~A19
		- 결핵 관절염(A18.01+)	M01.1*
		- 척추의 결핵(A18.00+)	M49.0*
		- 뼈의 결핵(A18.02+)	M90.0*
		- 결핵성 방광염(A18.11+)	N33.0*
		- 여성생식기관의 결핵(A18.17+)	N74.0*, N74.1*
		- 결핵성 복막염(A18.30+)	K67.3*
		- 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3-+)	K93.0*
		결핵의 후유증	B90
	11.신부전	신부전	N17~N19
다2	12.급성췌장염	급성 췌장염	K85
	13.다발경화증	다발경화증	G35
	14.대동맥류	대동맥동맥류 및 박리	I71
	15.자율신경계통의 장애	자율신경계통의 장애	G90
	16.중추신경계통의 염증성질환	달리 분류되지 않은 세균성 수막염	G00
		달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01
		- 리스테리아수막염(G01*)	A32.1+
		- 수막알균수막염(G01*)	A39.0+
		- 결핵성 수막염(G01*)	A17.0+
		달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염	G02
		- 아데노바이러스수막염(G02.0*)	A87.1+
		- 엔테로바이러스수막염(G02.0*)	A87.0+
		- 헤르페스바이러스수막염(G02.0*)	B00.3+
		- 수막염이 합병된 홍역(G02.0*)	B05.1+
		- 볼거리수막염(G02.0*)	B26.1+

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
		- 풍진수막염(G02.0*)	B06.0+
		- 수두수막염(G02.0*)	B01.0+
		- 대상포진수막염(G02.0*)	B02.1+
		- 칸디다수막염(G02.1*)	B37.5+
		- 콕시디오이데스진균수막염(G02.1*)	B38.4+
		기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03
		뇌염 척수염 및 뇌척수염	G04
		달리 분류된 질환에서의 뇌염 척수염 및 뇌척수염	G05
		- 결핵성 수막뇌염(G05.0*)	A17.81+
		- 리스테리아수막뇌염(G05.0*)	A32.1+
		- 아데노바이러스뇌염(G05.1*)	A85.1+
		- 엔테로바이러스뇌염(G05.1*)	A85.0+
		- 헤르페스바이러스뇌염(G05.1*)	B00.4+
		- 뇌염이 합병된 홍역(G05.1*)	B05.0+
		- 볼거리뇌염(G05.1*)	B26.2+
		- 풍진 뇌염 및 풍진 수막뇌염(G05.1*)	B06.0+
		- 수두뇌염(G05.1*)	B01.1+
		- 대상포진뇌염(G05.1*)	B02.0+
		두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G06
		달리 분류된 질환에서의 두 개내 및 척추내 농양 및 육아종	G07
		- 아메바성 뇌농양(G07*)	A06.6+
		- 수막결핵종(G07*)	A17.1+
		- 뇌 및 척수의 결핵종(G07*)	A17.80+
		- 기타 신경계통의 결핵(G07*)	A17.88+
		두개내 및 척추내 정맥염 및 혈전정맥염	G08
		중추신경계통의 염증성 질환의 후유증	G09
	17.췌장질환	췌장의 기타 질환	K86
		달리 분류된 질환에서의 담낭 담도 및 췌장의 장애	K87
		- 거대세포바이러스췌장염(K87.1*)	B25.2+
		- 볼거리췌장염(K87.1*)	B26.3+
	18.파킨슨병	파킨슨병	G20
		이차성 파킨슨증	G21
	19.패혈증	연쇄알균패혈증	A40
		기타 패혈증	A41

대 상 이 되 는 질 병				분류번호
	20.폐질환		폐기종	J43
			기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
			기관지확장증	J47
			하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85~J86
			흉막의 기타 질환	J90~J94
다3	21.당뇨병질환	당뇨병 질환	1형 당뇨병	E10
			2형 당뇨병	E11
			영양실조 관련 당뇨병	E12
			기타명시된 당뇨병	E13
			상세불명의 당뇨병	E14
		당뇨병성 합병증	당뇨병성단일신경병증	G59.0
			당뇨병성 다발신경병증	G63.2
			당뇨병성 백내장	H28.0
			당뇨병성 망막병증	H36.0
			당뇨병성 관절병증	M14.2
			당뇨병에서의사구체장애	N08.3
다4	22.고혈압질환	고혈압성 질환	본태성(원발성) 고혈압	I10
			고혈압성 심장병	I11
			고혈압성 신장병	I12
			고혈압성 심장 및 신장병	I13
			이차성 고혈압	I15
		고혈압성 합병증	고혈압성 뇌병증	I67.4
			배경망막병증 및 망막혈관변화 주) H35.0(배경망막병증 및 망막혈관변화)중 고혈압성 망막병증에 한함	H35.0주)

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 당뇨병질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은 「한국표준질병·사인분류」를 참고)

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표20-4】 6대특정질병 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
라1	1.생식기의 양성종양	자궁의 평활근종	D25
		자궁의 기타 양성 신생물	D26
		난소의 양성 신생물	D27
		기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D28
		남성생식기관의 양성 신생물	D29
	2.특정 누적외상성 질환	결합조직의 기타 전신침범	M35
		- 달리 분류된 기타 질환에서의 각막염 및 각막결막염(M35.0+)	H19.3*
		경추상완증후군	M53.1
		기타 연조직장애	M70~M79 (M74,M75, M78 제외)
라2	3.근육장애	근염	M60
		근육의 석회화 및 골화	M61
		근육의 기타 장애	M62
		달리 분류된 질환에서의 근육장애	M63
	4.어깨병변	어깨병변	M75
	5.윤활막 및 힘줄장애	윤활막염 및 힘줄윤활막염	M65
		윤활막 및 힘줄의 자연파열	M66
		윤활막 및 힘줄의 기타 장애	M67
		달리 분류된 질환에서의 윤활막 및 힘줄의 장애	M68
		- 기타 관절의 결핵(M68.0*)	A18.08+
라3	6.눈 및 눈부속기관의 특정질환	공막 각막 홍채 및 섬모체의장애	H15~H19
		- 결핵성 상공막염(H19.0*)	A18.5+
		- 결핵성 간질각막염(H19.2*)	
		- 결핵성 각막결막염(간질성, 플릭텐성)(H19.2*)	
		- 각막염(H19.1*)	B00.51+
		- 각막결막염(H19.1*)	
		- 각막상피염(H19.1*)	
		- 간질각막염(H19.1*)	
		- 각막내피염(H19.1*)	
		- 아데노바이러스에 의한 각막결막염(H19.2*)	B30.0+

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
		- 유행성 각막결막염(H19.2*)	
		- 조선소눈병(H19.2*)	
		공막 각막 홍채 및 섬모체의장애	H20~H22
		- 결핵성 홍채섬모체염(H22.0*)	A18.5+
		- 홍채섬모체염(H22.0*)	B00.50+
		- 홍채염(H22.0*)	
		- 전방포도막염(H22.0*)	
		맥락막 및 망막의 장애	H30~H35
		- 결핵성 맥락망막염(H32.0*)	A18.5+
		(황반 및 후극부의 변성 제외)	(H35.3 제외)
		(배경망막병증 및 망막혈관변화 제외) 주) H35.0(배경망막병증 및 망막혈관변화) 중 고혈압성 망막병증에 한함	(H35.0주) 제외)
		맥락막 및 망막의 장애	H36
		(당뇨병성 망막병증 제외)	(H36.0 제외)
		시신경 및 시각경로의 장애	H46~H48
		눈 및 눈부속기의 기타 처치후 장애 주) 눈 및 눈부속기의 기타 처치후 장애(H59.8) 중 미만성 층판성 각막염에 한함	H59.8주)

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

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.

【별표21】 5대기관질병 분류표

① 약관에 규정하는 5대기관질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 5대기관질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
뇌질환II	뇌혈관 질환	I60~I69
심장질환	급성 류마티스열	I00~I02
	만성 류마티스 심장질환	I05~I09
	허혈성 심장질환	I20~I25
	폐성심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타형태의 심장병	I30~I52
	- 수막알균성 심장막염(I32.0*)	A39.5+
	- 수막알균성 심내막염(I39.8*)	
	- 수막알균성 심근염(I41.0*)	
	- 수막알균성 심장염 NOS(I52.0*)	
	칸디다심내막염(I39.8*)	B37.6+
간질환	바이러스간염	B15~B19
	간의질환	K70~K77
	거대세포바이러스성간염	B25.1
	톡소포자충간염	B58.1
폐질환	폐기종	J43
	기타만성폐쇄성폐질환	J44
	천식	J45
	천식지속상태	J46
	기관지확장증	J47
	하기도의화농성및괴사성병태	J85~J86
	흉막의기타질환	J90~J94
신장질환	신부전	N17~N19

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표22】 대상포진 분류표

① 약관에 규정하는 「대상포진」으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상포진 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
대상포진	B02

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표23】 대상포진눈병 분류표

① 약관에 규정하는 「대상포진눈병」으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상포진눈병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
대상포진눈병	B02.3

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표24】 통풍 분류표

① 약관에 규정하는 「통풍」으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 통풍 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
통풍	M10

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표25】 응급증상 및 이에 준하는 증상

1. 응급증상
   가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 증상
   나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
   다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
   라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복만염·장폐쇄증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함). 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18%이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 중상, 다발성 외상
   마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
   바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실
   사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
   아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
   자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애

2. 응급증상에 준하는 증상
   가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
   나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
   다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절, 외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
   라. 출혈 : 혈관손상
   마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
   바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
   사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

   주) 관련법령이 변경되는 경우 변경된 법률을 적용합니다.

【별표26】 뇌·수막의 양성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
수막의 양성 신생물	D32
뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표27-1】 특정신체부위 분류표

구분	특정부위
1	위, 십이지장
2	공장(빈창자), 회장(돌창자) 및 맹장(충수돌기 포함)
3	대장(맹장, 직장 제외)
4	직장
5	항문
6	간
7	담낭(쓸개) 및 담관
8	췌장
9	비장
10	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
11	코(외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함)
12	인두 및 후두(편도 포함)
13	식도
14	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
15	귀(외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기 (꼭지돌기)포함)
16	안구 및 안구부속기(안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함)
17	신장
18	부신
19	요관, 방관 및 요도
20	음경
21	질 및 외음부
22	전립선
23	유방(유선 포함)
24	자궁(자궁체부(자궁몸통) 포함)
25	자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
26	난소 및 난관
27	고환(고환초막(고환집막) 포함), 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
28	갑상선
29	부갑상선
30	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
31	피부(두피 및 입술 포함)
32	경추부(해당신경 포함)
33	흉추부(해당신경 포함)
34	요추부(해당신경 포함)

구분	특정부위
35	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
36	왼쪽 어깨
37	오른쪽 어깨
38	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
39	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
40	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
41	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
42	왼쪽 고관절
43	오른쪽 고관절
44	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
45	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
46	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
47	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
48	상·하악골(위턱뼈·아래턱뼈)
49	쇄골
50	늑골(갈비뼈)

【별표27-2】 특정질병 분류표

① 약관에서 규정하는 특정질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
1	심장질환	I00~I02, I05~I09, I20~I25, I26~I28, I30~I52, I97
2	뇌혈관질환	I60~I69, G45, G46, Q28
3	당 뇨 병	E10~E14, O24, H28.0, H36.0
4	고 혈 압	I10~I13, I15, H35.02, H35.0주) 주) H35.0(배경망막병증 및 망막혈관변화) 중 고혈압성 망막병증에 한함
5	결핵	A15~A19
6	담석증	K80
7	요로결석증	N20~N23
8	골반염	N70~N74, N77
9	자궁내막증	N80
10	관절병증, 연골병증	M00~M03, M05~M19, M93, M94
11	척추질환	M40~M43, M45~M51,M53, M54, M99.1~M99.7
12	하지정맥류	I80, I83, I87
13	고지혈증	E78
14	임신중독증	O11~O15
15	통풍	E79, M10
16	사시	H49~H51
17	백내장	H25~H27
18	탈장, 음낭수종	K40~K46, N43
19	복막의질환	K65~K67
20	골다공증	M80~M82
21	천식	J44~J46
22	유산	N96, O00~O08, O20

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

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.

【별표28-1】 신화상분류표

① 약관에 규정하는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 상 병	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 고관절 및 다리의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선과 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

※ 부식 : 화학약품 등에 의한 피부 손상

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표28-2】 신화상 등급분류기준표

① 약관에 규정하는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

등급	1	2	3	4	5
분류번호	T20.3, T21.3, T21.7, T27.0-T27.7, T28.2, T28.6, T28.7,T29.3, T29.7, T30.3, T30.7, T31.8, T31.9, T32.8, T32.9	T20.7, T24.3, T26.2, T28.1, T28.4, T31.6, T31.7, T32.6, T32.7	T20.6, T21.2, T21.6, T22.3, T22.7, T24.7, T25.3, T25.5, T25.6, T25.7, T26.3, T26.7, T28.5, T28.9, T30.6, T31.4, T31.5, T32.4, T32.5, L59.0, L59.8, L59.9	T20.2, T22.2, T22.6, T23.3, T23.6, T23.7, T24.2, T24.6, T25.2, T26.0, T28.0, T29.2, T30.2, T31.2, T31.3, T32.2, T32.3	T23.2, T26.1, T26.4, T26.5, T26.6, T26.8, T26.9, T28.3, T28.8, T29.6, T31.0, T31.1, T32.0, T32.1

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표29-1】 항암방사선치료(급여) 분류표

약관에 규정하는 「항암방사선치료(급여)」는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분 류		수가코드
체외조사에대한방사선모의치료및치료계획		
	기본치료계획[1문조사]-제1회	HD010
	기본치료계획[1문조사]-제2회부터	HD410
	기본치료계획[2문대향조사]-제1회	HD011
	기본치료계획[2문대향조사]-제2회부터	HD411
	기본치료계획[비대향2문조사,3문이상조사]-제1회	HD012
	기본치료계획[비대향2문조사,3문이상조사]-제2회부터	HD412
	전산화방사선치료계획[1문조사]-제1회	HD013
	전산화방사선치료계획[1문조사]-제2회부터	HD413
	전산화방사선치료계획[2문대향조사]-제1회	HD014
	전산화방사선치료계획[2문대향조사]-제2회부터	HD414
	전산화방사선치료계획[비대향2문조사,3문이상조사]-제1회	HD015
	전산화방사선치료계획[비대향2문조사,3문이상조사]-제2회부터	HD415
	전산화방사선치료계획[운동조사법]-제1회	HD016
	전산화방사선치료계획[운동조사법]-제2회부터	HD416
	전산화방사선치료계획[수술중방사선치료계획]	HD017
	전산화방사선치료계획[입체조형치료계획]-제1회	HD018
	전산화방사선치료계획[입체조형치료계획]-제2회부터	HD418
	전산화방사선치료계획[정위적방사선수술계획]-제1회	HD019
	전산화방사선치료계획[정위적방사선수술계획]-제2회부터	HD419
	전산화방사선치료계획[양성자치료계획]-제1회	HD020
	전산화방사선치료계획[양성자치료계획]-제2회부터	HD420
	전산화방사선치료계획[세기변조방사선치료계획]-제1회	HD041
	전산화방사선치료계획[세기변조방사선치료계획]-제2회부터	HD441
밀봉소선원치료에대한치료계획및모의치료		
	외부접촉조사치료	HD021
	강내치료,관내치료	HD022
	조직내치료	HD023
치료보조기구고안및제작-차폐물		HD031
치료보조기구고안및제작-보상체		HD032
치료보조기구고안및제작-고정기구		HD033
전립선암에Iodine-125영구삽입술[계획]		HD040
체내(체표면)선량측정		HX401
조사면검교정-필름검교정		HY402
조사면검교정-전기적영상검교정[2차원]		HY404
조사면검교정-전기적영상검교정[3차원]		HY405
체외조사-저에너지방사선치료[1문조사]		HD051
체외조사-저에너지방사선치료[2문대향조사(2문조사)부터]		HD054

분 류	수가코드
체외조사-중에너지방사선치료[1문조사]	HD052
체외조사-중에너지방사선치료[2문대향조사(2문조사)부터]	HD055
체외조사-고에너지방사선치료[1문조사]	HD053
체외조사-고에너지방사선치료[2문대향조사(2문조사)부터]	HD056
회전조사-저에너지방사선치료	HD057
회전조사-중에너지방사선치료	HD058
회전조사-고에너지방사선치료	HD059
입체조형치료	HD061
개봉선원치료-경구투여방법	HD071
개봉선원치료-정맥주사방법	HD072
개봉선원치료-기타방법	HD073
밀봉소선원치료-외부근접(접촉)조사치료	HD080
밀봉소선원치료-강내치료[고선량률분할치료]-1치료기간당	HD081
밀봉소선원치료-강내치료[고선량률분할치료]-치료중단시	HD082
밀봉소선원치료-강내치료[저선량률분할치료]-방사성선원삽입당일	HD083
밀봉소선원치료-강내치료[저선량률분할치료]-익일부터	HD084
밀봉소선원치료-조직내치료,관내치료[고선량률분할치료]-1치료기간당	HD085
밀봉소선원치료-조직내치료,관내치료[고선량률분할치료]-치료중단시	HD086
밀봉소선원치료-조직내치료,관내치료[저선량률분할치료]-방사성선원삽입당일	HD087
밀봉소선원치료-조직내치료,관내치료[저선량률분할치료]-익일부터	HD088
밀봉소선원치료-방사성입자의자입치료	HD089
전신조사-전신	HD091
전신조사-전림프절	HD092
전신피부전자선조사	HD093
정위적방사선분할치료	HD110
체부정위적방사선수술-선형가속기이용	HD111
체부정위적방사선수술-선형가속기이용[1회로치료종결]	HD112
체부정위적방사선수술-사이버나이프이용	HD211
체부정위적방사선수술-사이버나이프이용[1회로치료종결]	HD212
뇌정위적방사선수술-감마나이프이용	HD113
뇌정위적방사선수술-사이버나이프이용	HD114
뇌정위적방사선수술-선형가속기이용	HD115
양성자치료	HD121
세기변조방사선치료	HZ271
전립선암에Iodine-125영구삽입술[치료]	HD150

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 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 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표29-2】 항암약물(급여) 분류표

약관에 규정하는 급여 항암약물은 건강보험심사평가원이 고시하는 「암환자에게 처방투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 정한 분류 중 아래의 분류번호에 해당하는 약제를 말합니다.

분 류	분류번호
부신호르몬제	245
난포 및 황체호르몬제	247
기타의 호르몬제(항호르몬제를 포함)	249
비타민B제(비타민B1을 제외)	313
기타의 혈액 및 체액용약	339
해독제	392
따로 분류되지 않는 대사성 의약품	399
항악성종양제	421
기타의 종양치료제	429
방사성 의약품	431
주로 악성종양에 작용하는 것	617
기타의 생물학적 제제, 항암면역요법제	639

【별표30】 갑상선의 악성신생물(암) 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
갑상선의 악성신생물(암)	C73

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표31】 아나필락시스 분류표

① 약관에 규정하는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 상 병	분류번호
1. 음식의 유해작용으로 인한 아나필락시스쇼크	T78.0
2. 상세불명의 아나필락시스쇼크	T78.2
3. 혈청에 의한 아나필락시스쇼크	T80.5
4. 적절히 투여된 올바른 약물 또는 약제의 유해작용에 의한 아나필락시스쇼크	T88.6

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표32】 백내장 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
노년백내장	H25
기타백내장	H26
수정체의 기타 장애	H27

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표33-1】 신28대특정질병 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
가1	1.백내장	노년성 백내장	H25
		기타 백내장	H26
		수정체의 기타장애	H27
	2.관절염	감염성 관절병증	M00~M03
		(결핵 관절염(A18.01+) 제외)	(M01.1*제외)
		염증성 다발 관절병증	M05~M14
		(당뇨병성 관절병증 제외)	(M14.2 제외)
		- 류마티스 폐질환(M05.1+)	J99.0*
		관절증	M15~M19
		기타 관절장애	M20~M25
	3.생식기질환	남성생식기관의 질환	N40~N45, N47~N51
		- 기타 및 상세불명의 비뇨생식기계 편모충증(N51.0*) 주) A59.08(기타 및 상세불명의 비뇨생식기계 편모충증) 중 편모충성 전립선염에 한함	A59.08주)
		- 남성 생식기관의 결핵	A18.14+
		- 볼거리고환염(N51.1*)	B26.0+
		여성골반내 기관의 염증성 질환	N70~N77
		(여성생식기관의 결핵(A18.17+) 제외)	(N74.0*, N74.1* 제외)
		여성 생식기관의 비염증성 장애 (습관적유산자(N96) 제외) (여성 불임(N97) 제외) (인공 수정과 관련된 합병증(N98) 제외)	N80~N95
		달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N99
	4.급성상기도감염	급성상기도감염	J00-J06
	5.담낭담도질환	담낭염	K81
		담낭의 기타질환	K82
		담도의 기타질환	K83
	6.중이의진주종	중이의 진주종	H71
	7.귀경화증	귀경화증	H80
	8.소화기계통의 양성신생물	기타 및 부위불명 소화기계통의 양성 신생물	D13
	9.중이·호흡계통 및	중이 및 호흡계통의 양성 신생물	D14

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
	흉곽의 양성신생물	기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 양성 신생물	D15
	10.골 및 관절 연골의 양성신생물	골 및 관절연골의 양성 신생물	D16
	11.조직의 양성신생물	중피조직의 양성 신생물	D19
		후복막 및 복박 연조직의 양성 신생물	D20
		결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물	D21
	12.수막의 양성신생물	수막의 양성 신생물	D32
	13.뇌 및 중추신경계통의 양성신생물	뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
	14.갑상선 및 내분비선의 양성신생물	갑상선의 양성 신생물	D34
		기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D35
	15.골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증	M80
		병적 골절이 없는 골다공증	M81
		달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82*
		골연속성의 장애	M84
가2	16.담석증	담석증	K80
	17.사타구니탈장	사타구니탈장	K40
	18.편도염	편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
	19.축농증	만성 부비동염	J32
가3	20.결막장애	결막의 장애	H10~H13
		(결막결석 제외)	(H11.11제외)
	21.기타 등병증	달리 분류되지 않은 기타 등병증	M53
		(경추상완증후군 제외)	(M53.1 제외)
		등통증	M54
	22.외이의 질환	외이의 질환	H60~H62
	23.귀의 기타장애	귀의 기타장애	H90~H95
가4	24.뇌하수체기능질환	뇌하수체의 기능항진	E22
		뇌하수체의 기능저하 및 기타장애	E23
	25.대사장애	쿠싱증후군	E24
		부신생식기장애	E25
		고알도스테론증	E26
		부신의 기타 장애	E27
	26.외부요인 폐질환	외부요인에 의한 폐질환	J60~J70
	27.특정 요도질환	요도염 및 요도증후군	N34
		요도협착	N35
		요도의 기타장애	N36
	28.특정 소화기질환	위 및 십이지장의 기타질환	K31

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표33-2】 39대특정질병 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
나1	1.복막의 질환	복막의 질환	K65~K67
		(결핵성 복막염 제외)	(K67.3 제외)
		- 기타 클라미디아질환(K67.0*)	A74.8+
	2.식도질환	식도염	K20
		위-식도역류병	K21
		식도의 기타질환	K22
		달리 분류된 질환에서의 식도의 장애	K23
		- 달리 분류되지 않은 소화기관의 결핵(K23.0*)	A18.82+
	3.위·십이지장 질환	위염 및 십이지장염	K29
		기능성 소화불량	K30
나2	4.내이의 질환	내이의 질환	H81~H83
	5.단일신경병증	팔의 단일신경병증	G56
		복합부위통증증후군 II형	G90.6
		다리의 단일신경병증	G57
		기타 단일신경병증	G58
		달리 분류된 질환에서의 단일신경병증	G59
		(당뇨병성단일신경병증)	(G59.0제외)
	6.방광의 결석	방광의 결석	N21.0
	7.비감염성장염 및 결장염	크론병[국소성 장염]	K50
		궤양성 대장염	K51
		기타 비감염성 위장염 및 결장염	K52
	8.중이 및 유돌의 질환	중이 및 유돌의 질환	H65~H70
			H72~H75
		- 결핵성 중이염(H67.0*)	A18.6+
		- 중이염이 합병된 홍역(H67.1*)	B05.3+
		- 홍역후 중이염(H67.1*)	B05.3+
	9.척추변형	척주후만증 및 척주전만증	M40
		척주측만증	M41
		척추골연골증	M42
		기타 변형성 등병증	M43
	10.척추병증	강직척추염	M45
		기타 염증성 척추병증	M46

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
		척추증	M47
		기타 척추병증	M48
나3	11.비뇨계통의 기타질환	방광염	N30
		달리 분류되지 않은 방광의 신경근육기능장애	N31
		방광의 기타 장애	N32
		달리 분류된 질환에서의 방광장애	N33
		(결핵성 방광염(A18.11†) 제외)	(N33.0 제외)
		비뇨계통의 기타 장애	N37
		달리 분류된 질환에서의 요도장애	N39
		(스트레스요실금 제외)	(N39.3 제외)
			(N39.4 제외)
	12.신장 및 요관의 기타장애	신세뇨관기능손상으로 인한 장애	N25
		상세불명의 신장위축	N26
		원인불명의 작은 신장	N27
		달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애	N28
		달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애	N29
		- 신장의 결핵(N29.1*)	A18.10+
		- 요관의 결핵(N29.1*)	A18.18+
	13.안면신경장애	삼차신경의 장애	G50
		안면신경장애	G51
		기타 뇌신경의 장애	G52
	14.인후부위의 특정질환	편도주위 농양	J36
		만성 후두염 및 후두기관염	J37
		달리 분류되지 않은 성대및 후두의 질환	J38
		상기도의 기타 질환	J39
나4	15.비뇨기관의 양성신생물	비뇨기관의 양성신생물	D30
	16.사구체질환	급성 신염증후군	N00
		급속 진행성 신염증후군	N01
		재발성 및 지속성 혈뇨	N02
		만성 신염증후군	N03
		신증후군	N04
		상세불명의 신염증후군	N05
		명시된 형태학적 병변을동반한 고립된 단백뇨	N06
		달리 분류되지 않은 유전성 신장병증	N07
		달리 분류된 질환에서의사구체장애	N08
		(당뇨병에서의 사구체장애 제외)	(N08.3 제외)
		- 기관 또는 계통 침범을 동반한 전신홍반루푸스 (N08.5*) 주) M32.1+(기관 또는 계통 침범을 동반한 전신홍반루푸스) 중 사구체 질환 동반 전신홍반루푸스에 한함	M32.1+주)

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
	17.신세뇨관 -간질질환	급성 세뇨관-간질신장염	N10
		만성 세뇨관-간질신장염	N11
		급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신장염	N12
		폐색성 및 역류성 요로병증	N13
		약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태	N14
		기타 신세뇨관-간질 질환	N15
		달리 분류된 질환에서의 신세뇨관-간질 장애	N16
		- 기관 또는 계통 침범을 동반한 전신홍반루푸스 (N16.4*) 주) M32.1+(기관 또는 계통 침범을 동반한 전신홍반루푸스) 중 세뇨관-간질신장병증 동반 전신홍반루푸스에 한함	M32.1+주)
나5	18.특정부위의 탈장	대퇴탈장	K41
		배꼽탈장	K42
		복벽탈장	K43
		횡격막탈장	K44
		기타 복부탈장	K45
		상세불명의 복부탈장	K46
	19.특정장질환	장의 혈관장애	K55
		탈장이 없는 마비성 장폐쇄증 및 장폐쇄	K56
		장의 게실병	K57
나6	20. 급성 기관지염	급성 기관지염	J20
	21. 급성 세기관지염	급성 세기관지염	J21
	22. 상세불명의 급성하기도감염	상세불명의 급성하기도 감염	J22
	23. 성인호흡곤란 증후군	성인호흡곤란증후군	J80
	24. 폐부종	폐부종	J81
	25. 특정호흡기질환	달리 분류되지 않은 흉막삼출액	J82
		기타 간질성 폐질환	J84
	26. 다한증	다한증	R61
	27. 마비	편마비	G81
		하반신마비 및 사지마비	G82
		기타 마비증후군	G83
	28. 부갑상선기능 질환	부갑상선기능저하증	E20
		부갑상선기능항진증 및 부갑상선의 기타 장애	E21
	29. 비장질환	비장의 질환	D73
	30. 수면무호흡증	수면무호흡	G47.3

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
	31. 용혈-요독증후군 (햄버거병)	용혈-요독증후군	D59.3
	32. 장의 특정기타질환	장의 농양	K63.0
		장의 천공(비외상성)	K63.1
		장의 누공	K63.2
		장의 궤양	K63.3
	33. 장흡수장애	장흡수장애	K90
	34. 전신결합 조직장애	결절성 다발동맥염 및 관련 병태	M30
		기타 괴사성 혈관병증	M31
	35. 주침샘의 양성신생물	주침샘의 양성신생물	D11
	36. 침샘질환	침샘의 질환	K11
	37. 확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J09
	38. 확인된 계절성 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	확인된 계절성 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J10
	39. 바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자	바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자	J11

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표33-3】 31대특정질병 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
다1	1.심장질환	급성 류마티스열	I00~I02
		만성 류마티스 심장질환	I05~I09
		허혈심장질환	I20~I25
		폐성심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
		기타형태의 심장병	I30~I52
		- 수막알균성 심장막염(I32.0*)	A39.5+
		- 수막알균성 심내막염(I39.8*)	
		- 수막알균성 심근염(I41.0*)	
		- 수막알균성 심장염 NOS(I52.0*)	
		칸디다심내막염(I39.8*)	B37.6+
	2.뇌혈관질환	뇌혈관 질환 (고혈압성 뇌병증 제외)	I60~I69 (I67.4 제외)
	3.간질환	바이러스 간염	B15~B19
		간의 질환	K70~K77
		- 거대세포바이러스 간염(K77.0*)	B25.1+
		- 톡소포자충간염(K77.0*)	B58.1+
	4.위·십이지장 궤양	위궤양 십이지장궤양 상세불명부위의 소화성궤양	K25~K27
	5.동맥경화증	죽상경화증	I70
	6.만성하부 호흡기질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
		단순성 및 점액화농성 만성기관지염	J41
		상세불명의 만성기관지염	J42
		천식	J45
		천식지속상태	J46
	7.폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
		폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
		인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
		달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
		달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
		달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
		- 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)	B25.0+

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
		- 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)	B05.2+
		- 수두 폐렴(J17.1*)	B01.2+
		- 폐 톡소포자충증(J17.3*)	B58.3+
		상세불명 병원체의 폐렴	J18
		재향군인병	A48.1
		폐렴이 합병된 홍역	B05.2
	8.녹내장	녹내장	H40
		달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
	9.황반변성	황반 및 후극부의 변성	H35.3
	10.결핵	결핵	A15~A19
		- 결핵 관절염(A18.01+)	M01.1*
		- 척추의 결핵(A18.00+)	M49.0*
		- 뼈의 결핵(A18.02+)	M90.0*
		- 결핵성 방광염(A18.11+)	N33.0*
		- 여성생식기관의 결핵(A18.17+)	N74.0*, N74.1*
		- 결핵성 복막염(A18.30+)	K67.3*
		- 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3-+)	K93.0*
		결핵의 후유증	B90
	11.신부전	신부전	N17~N19
다2	12.급성췌장염	급성 췌장염	K85
	13.다발경화증	다발경화증	G35
	14.대동맥류	대동맥동맥류 및 박리	I71
	15.자율신경계통의 장애	자율신경계통의 장애	G90
	16.중추신경계통의 염증성질환	달리 분류되지 않은 세균성 수막염	G00
		달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01
		- 리스테리아수막염(G01*)	A32.1+
		- 수막알균수막염(G01*)	A39.0+
		- 결핵성 수막염(G01*)	A17.0+
		달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염	G02
		- 아데노바이러스수막염(G02.0*)	A87.1+
		- 엔테로바이러스수막염(G02.0*)	A87.0+
		- 헤르페스바이러스수막염(G02.0*)	B00.3+
		- 수막염이 합병된 홍역(G02.0*)	B05.1+
		- 볼거리수막염(G02.0*)	B26.1+

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
		- 풍진수막염(G02.0*)	B06.0+
		- 수두수막염(G02.0*)	B01.0+
		- 대상포진수막염(G02.0*)	B02.1+
		- 칸디다수막염(G02.1*)	B37.5+
		- 콕시디오이데스진균수막염(G02.1*)	B38.4+
		기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03
		뇌염 척수염 및 뇌척수염	G04
		달리 분류된 질환에서의 뇌염 척수염 및 뇌척수염	G05
		- 결핵성 수막뇌염(G05.0*)	A17.81+
		- 리스테리아수막뇌염(G05.0*)	A32.1+
		- 아데노바이러스뇌염(G05.1*)	A85.1+
		- 엔테로바이러스뇌염(G05.1*)	A85.0+
		- 헤르페스바이러스뇌염(G05.1*)	B00.4+
		- 뇌염이 합병된 홍역(G05.1*)	B05.0+
		- 볼거리뇌염(G05.1*)	B26.2+
		- 풍진 뇌염 및 풍진 수막뇌염(G05.1*)	B06.0+
		- 수두뇌염(G05.1*)	B01.1+
		- 대상포진뇌염(G05.1*)	B02.0+
		두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G06
		달리 분류된 질환에서의 두 개내 및 척추내 농양 및 육아종	G07
		- 아메바성 뇌농양(G07*)	A06.6+
		- 수막결핵종(G07*)	A17.1+
		- 뇌 및 척수의 결핵종(G07*)	A17.80+
		- 기타 신경계통의 결핵(G07*)	A17.88+
		두개내 및 척추내 정맥염 및 혈전정맥염	G08
		중추신경계통의 염증성 질환의 후유증	G09
	17.췌장질환	췌장의 기타 질환	K86
		달리 분류된 질환에서의 담낭 담도 및 췌장의 장애	K87
		- 거대세포바이러스췌장염(K87.1*)	B25.2+
		- 볼거리췌장염(K87.1*)	B26.3+
	18.파킨슨병	파킨슨병	G20
		이차성 파킨슨증	G21
	19.패혈증	연쇄알균패혈증	A40
		기타 패혈증	A41

대 상 이 되 는 질 병				분류번호
	20.폐질환		폐기종	J43
			기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
			기관지확장증	J47
			하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85~J86
			흉막의 기타 질환	J90~J94
다3	21.당뇨병질환	당뇨병 질환	1형 당뇨병	E10
			2형 당뇨병	E11
			영양실조 관련 당뇨병	E12
			기타명시된 당뇨병	E13
			상세불명의 당뇨병	E14
		당뇨병성 합병증	당뇨병성단일신경병증	G59.0
			당뇨병성 다발신경병증	G63.2
			당뇨병성 백내장	H28.0
			당뇨병성 망막병증	H36.0
			당뇨병성 관절병증	M14.2
			당뇨병에서의사구체장애	N08.3
다4	22.고혈압질환	고혈압성 질환	본태성(원발성) 고혈압	I10
			고혈압성 심장병	I11
			고혈압성 신장병	I12
			고혈압성 심장 및 신장병	I13
			이차성 고혈압	I15
		고혈압성 합병증	고혈압성 뇌병증	I67.4
			배경망막병증 및 망막혈관변화 주) H35.0(배경망막병증 및 망막혈관변화)중 고혈압성 망막병증에 한함	H35.0주)
다5	23. 기타 동맥류 박리		기타 동맥류 및 박리	I72
	24. 뇌성마비		뇌성마비	G80
	25. 뇌전증		뇌전증	G40
			뇌전증지속상태	G41
	26. 버거씨병		폐색혈전혈관염(버거병)	I73.1
	27. 수두증		수두증	G91
	28. 위공장궤양		위공장궤양	K28
	29. 조로증		조로증	E34.8
	30. 크로이츠펠트-야콥병		크로이츠펠트-야콥병	A81.0
	31. 뇌의 특정염증성질환		뇌의 특정염증성질환	A83~A86

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 당뇨병질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은 「한국표준질병·사인분류」를 참고)

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표33-4】 11대특정질병 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
라1	1.생식기의 양성종양	자궁의 평활근종	D25
		자궁의 기타 양성 신생물	D26
		난소의 양성 신생물	D27
		기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D28
		남성생식기관의 양성 신생물	D29
	2.특정누적외상성질환	결합조직의 기타 전신침범	M35
		- 달리 분류된 기타 질환에서의 각막염 및 각막결막염(M35.0+)	H19.3*
		경추상완증후군	M53.1
		기타 연조직장애	M70~M79 (M74,M75, M78 제외)
라2	3.근육장애	근염	M60
		근육의 석회화 및 골화	M61
		근육의 기타 장애	M62
		달리 분류된 질환에서의 근육장애	M63
	4.어깨병변	어깨병변	M75
	5.윤활막 및 힘줄장애	윤활막염 및 힘줄윤활막염	M65
		윤활막 및 힘줄의 자연파열	M66
		윤활막 및 힘줄의 기타 장애	M67
		달리 분류된 질환에서의 윤활막 및 힘줄의 장애	M68
		- 기타 관절의 결핵(M68.0*)	A18.08+
라3	6.눈 및 눈부속기관의 특정질환	공막 각막 홍채 및 섬모체의장애	H15~H19
		- 결핵성 상공막염(H19.0*)	A18.5+
		- 결핵성 간질각막염(H19.2*)	
		- 결핵성 각막결막염(간질성, 플릭텐성)(H19.2*)	
		- 각막염(H19.1*)	B00.51+
		- 각막결막염(H19.1*)	
		- 각막상피염(H19.1*)	
		- 간질각막염(H19.1*)	

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
		- 각막내피염(H19.1*)	
		- 아데노바이러스에 의한 각막결막염(H19.2*)	B30.0+
		- 유행성 각막결막염(H19.2*)	
		- 조선소눈병(H19.2*)	
		공막 각막 홍채 및 섬모체의장애	H20~H22
		- 결핵성 홍채섬모체염(H22.0*)	A18.5+
		- 홍채섬모체염(H22.0*)	B00.50+
		- 홍채염(H22.0*)	
		- 전방포도막염(H22.0*)	
		맥락막 및 망막의 장애	H30~H35
		- 결핵성 맥락망막염(H32.0*)	A18.5+
		(황반 및 후극부의 변성 제외)	(H35.3 제외)
		(배경망막병증 및 망막혈관변화 제외) 주) H35.0(배경망막병증 및 망막혈관변화) 중 고혈압성 망막병증에 한함	(H35.0주) 제외)
		맥락막 및 망막의 장애	H36
		(당뇨병성 망막병증 제외)	(H36.0 제외)
		시신경 및 시각경로의 장애	H46~H48
		눈 및 눈부속기의 기타 처치후 장애 주) 눈 및 눈부속기의 기타 처치후 장애(H59.8) 중 미만성 층판성 각막염에 한함	H59.8주)
라6	7. 눈꺼풀의 기타 염증	눈꺼풀의 기타 염증	H01
	8. 호흡계통의 기타질환	달리 분류되지 않은 처치후 호흡장애	J95
		달리 분류되지 않은 호흡부전	J96
		기타 호흡장애	J98
		달리 분류된 질환에서의 호흡장애	J99
		(류마티스폐질환 제외)	J99.0제외
	9. 눈꺼풀의 기타 장애	눈꺼풀의 기타 장애	H02
	10. 시각장애 및 실명	시각장애	H53
		실명을 포함한 시력장애(양안의 또는 단안의)	H54
	11. 눈 및 눈부속기의 기타 장애	안진 및 기타 불규칙적 눈운동	H55
		눈 및 눈부속기의 기타 장애	H57
		달리 분류된 질환에서의 눈 및 눈부속기의 기타 장애	H58
		달리 분류되지 않은 눈 및 눈부속기의 처치후 장애	H59
		(눈 및 눈부속기의 기타 처치후 장애 제외)	H59.8제외

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표33-5】 갑상선암 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
라4	1.갑상선암	갑상선의 악성 신생물	C73

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표33-6】 4대특정질병Ⅳ 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
라5	1.위암	위의 악성 신생물	C16
	2.기관지 및 폐암	기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
	3.간암	간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
	4.난소암	난소의 악성 신생물	C56

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표33-7】 다빈도4대질병Ⅱ 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
마1	1.유방의 양성신생물	유방의 양성 신생물	D24
	2.유방의 장애	양성 유방형성이상	N60
		유방의 염증성 장애	N61
		유방의 비대	N62
		유방의 상세불명의 덩이	N63
		유방의 기타 장애	N64
	3.후각 특정질환	혈관운동성 및 알레르기성 비염	J30
		만성비염 비인두염 및 인두염	J31
		코용종	J33
		코 및 비동의 기타장애	J34
	4.갑상선 질환	갑상선의 장애	E00~E07
		- 갑상선이상성 안구돌출(E05.0+)	H06.2*
		처치후 갑상선기능저하증	E89.0

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표33-8】 24대특정질병 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
바1	1. 골수염	골수염	M86
	2. 기타 정맥의 색전증 및 혈전증	기타 정맥의 색전증 및 혈전증	I82
	3. 다낭성 난소증후군	다낭성 난소증후군	E28.2
	4. 동맥색전증 및 혈전증	동맥색전증 및 혈전증	I74
		동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
	5. 림프절염	비특이성 림프절염	I88
		림프관 및 림프절의 기타 비감염성 장애	I89
	6. 뼈의 기타장애	뼈의 기타장애	M89
	7. 뼈의 파젯병	뼈의 파젯병(변형성 골염)	M88
	8. 식도정맥류	식도정맥류	I85
	9. 안구의 장애	안구의 장애	H44
	10. 안와장애	안와의 장애	H05
	11. 요도결석증	요도결석	N21.1
		기타 하부요로결석	N21.8
		상세불명의 하부요로결석	N21.9
		달리 분류된 질환에서의 요로의 결석	N22*
	12. 전신결합조직장애Ⅱ	전신홍반루푸스	M32
		피부다발근염	M33
		전신경화증	M34
		(기관 또는 계통 침범을 동반한 전신홍반루푸스 제외)	M32.1제외
	13. 정맥염 및 혈전정맥염	정맥염 및 혈전정맥염	I80
	14. 중증근무력증	중증근무력증 및 기타 근신경장애	G70
바2	15.직장 및 항문관련질환	항문 및 직장부위의 열창 및 누공	K60
		항문 및 직장부위의 농양	K61
		항문 및 직장의 기타 질환	K62
바3	16. 과민대장증후군	과민대장증후군	K58
	17. 대상포진	대상포진	B02
		(대상포진뇌염 제외)	(B02.0 제외)
		(대상포진수막염 제외)	(B02.1 제외)

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
	18. 신장 및 요관의 결석	신장 및 요관의 결석	N20
바4	19.하지정맥류 및 특정정맥합병증	하지의 정맥류	I83
		임신중 하지의 정맥류성 정맥	O22.0
		산후기중 기타 정맥합병증	O87.8
바5	20. 골괴사증	골괴사	M87
	21. 눈 및 부속기양성신생물	눈 및 부속기의 양성신생물	D31
	22. 연골병증	연골병증	M145~M94
	23. 유리체의 장애	유리체의 장애	H43
	24. 음낭정맥류	음낭정맥류	I86.1

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표34】 1~5종 수술분류표Ⅳ

Ⅰ. 일반 질병 및 상해 치료목적의 수술

구분	수술명	수술 종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25㎠이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25㎠미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy) *단, 유방의 비대(N62)로 인한 유방절단수술제외	3
	3-1. 유방의 비대(N62)로 인한 유방절단수술	1
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
근골(筋骨)의 수술 [발정술 (拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함] [치(齒) · 치은 · 치근(齒根) ·치조골 (齒槽骨)의 처치, 임플란트 (Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]>	5. 골(骨) 이식수술	2
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술 제외. 단, 수면무호흡증(G47.3) 치료를 위한 수술은 보상함]	1
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)	
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	1
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	2
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1
호흡기계· 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술[개	4

	흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	
	19. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것]	4
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	1
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacem aker) 매입술(埋入術)	3
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술	3
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함](단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis)수술	2
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] (단, 직장탈근본수술은 제외)	4

	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1
비뇨기계· 생식기계의 수술 (인공임신 중절수술은 제외함)	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술[개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류 교정수술은 제외]	4
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2
	47. 방광류·요실금 교정수술	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. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
	55. 질탈(膣脫)근본수술	1
내분비기계의 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 포함)	1
	64. 누소관(淚小管)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 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술	2

	로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	
	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [시력회복 및 시력개선 목적의 수술은 제외] [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充塡術)	3
	76. 안와내종양절제수술	3
	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] [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	83. 내이(內耳) 관혈수술	3
상기 이외의 수술 [검사,처치, 약물주입 요법은 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) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	
	88-1. 뇌, 심장	3
	88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외) * 단, 대장의 용종 또는 대장의 양성신생물의 내시경적 절제술은 1종으로 분류합니다.	2
	88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

㈜ 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·흉강 경에 의한 수술은 해당부위(1 ~ 87 항)의 수술로 적용합니다.

Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술 종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery)(단, 기타피부암(C44) 제외) [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]	5
1-1. 기타피부암(C44)	3
2. 내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술 보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술 보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3

㈜ 1. 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 ‘Ⅰ. 일반 질병 및 상해치료 목적의 수술’ 항목의 적용을 받습니다.
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.
3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.
- 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정합니다.
- 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 5종으로 인정하지 않습니다.

Ⅲ. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목 수술종류	수술 종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버나이프(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

㈜ 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(1-5종 수술분류표Ⅳ 사용 지침)

1. ‘수술’이라 함은 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 수술하는 것을 말합니다. 이 때 수술이란 <1-5종 수술분류표Ⅳ>에서 정한 행위[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작

을 가하는 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단) 등은 제외]를 하는 것을 말합니다.

2. '관혈(觀血)'수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)'수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. '관혈적 악성신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제 또는 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.
5. <1-5종 수술분류표IV> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준: <1-5종 수술분류표IV>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선 조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
   ⑴ <1-5종 수술분류표IV> 상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 <1-5종 수술분류표IV> 상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
   ⑵ 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1-5종 수술분류표IV> 중 'Ⅰ.일반 질병 및 상해치료 목적의 수술' 88항 (악성신생물의 경우는 'Ⅱ. 악성신생물 치료목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.
6. '악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.
7. '두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
8. 다음과 같은 수술은 수술보험금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
   ⑴ 미용 성형상의 수술
   ⑵ 피임(避妊) 목적의 수술
   ⑶ 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
   ⑷ 검사 및 진단을 위한 수술 [생검 (生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

【별표35】 특정심혈관질환(기타심장부정맥제외) 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
협심증	I20
기타 급성 허혈심장질환	I24
만성 허혈심장병	I25
발작성 빈맥	I47
심방세동 및 조동	I48
심부전	I50

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표36】 특정심혈관질환(기타심장부정맥) 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
기타심장부정맥	I49

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표37】 특정순환계질환 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
심혈관질환 (특정)		허혈성심질환	I20 - I25
		발작성 빈맥	I47
		심방세동 및 조동	I48
		기타 심장부정맥	I49
		심부전	I50
뇌혈관질환		뇌혈관질환	I60 - I69
5대혈관 질환	4대혈관 질환	폐성심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
		대동맥 동맥류 및 박리	I71
		식도정맥류	I85, I98.2~I98.3
		위정맥류	I86.4
	죽상경화증 (뇌, 심장제외)	죽상경화증	I70

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표38】 급여 심장부정맥 고주파·냉각 절제술 분류표

약관에 규정하는 「급여 심장부정맥 고주파·냉각 절제술」는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내 용		수가코드
부정맥의 고주파 절제술	**부정맥의 고주파절제술**	
	상심실성 부정맥	M6541
	상심실성 부정맥 - 중격천자	M6544
	심방세동	M6542
	심방세동 - 중격천자	M6545
	심방세동 - 하대정맥 - 삼첨판륜 협부에 대한 선형절제술	M0654
	심실성 부정맥	M6543
	삼차원(3D) 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파절제술	
	상심실성 부정맥	M6546
	상심실성 부정맥 - 중격천자	M6549
	심방세동	M6547
	심방세동 - 중격천자	M6540
	심실성 부정맥	M6548
	방실결절 절제술, 히스속 절제술	M6550
	방실결절 절제술, 히스속 절제술 - 중격천자	M6556
부정맥의 냉각 절제술	**부정맥의 냉각절제술**	
	상심실성 부정맥	M0657
	상심실성 부정맥 - 중격천자	M0653
	심방세동	M0658
	심방세동 - 중격천자	M0655
	심방세동 - 하대정맥 - 삼첨판륜 협부에 대한 선형절제술	M0659
	심방세동 - 냉각풍선절제술	M0651
	심방세동 - 냉각풍선절제술 - 중격천자	M0652
	심실성 부정맥	M0661
	방실결절 절제술, 히스속 절제술	M0662
	방실결절 절제술, 히스속 절제술 - 중격천자	M0656

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 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 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표39】 주요심장염증질환 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
급성 심장막염	I30
심장막의 기타질환	I31
달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
급성 및 아급성 심내막염	I33
상세불명 판막의 심내막염	I38
급성 심근염	I40
달리 분류된 질환에서의 심근염	I41

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표40-1】 특정부인과질환 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 자궁의 평활근종	D25
2. 자궁의 자궁내막증	N80.0

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표40-2】 고강도초음파집속술(HIFU) 분류표

약관에 규정하는 「고강도초음파집속술(HIFU)」는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내 용	수가코드
자기공명영상유도 하 고강도초음파집속술 [자궁근종]	RZ565
초음파 유도하 고강도초음파집속술 [자궁근종, 자궁선근증]	RZ566

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 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 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표41-1】 특정자궁및난소질환 분류표

① 약관에 규정하는 '특정자궁및난소질환'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 자궁의 평활근종	D25
2. 자궁의 기타 양성 신생물	D26
3. 난소의 양성 신생물	D27
4. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D28
5. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
6. 자궁경부의 염증성 질환	N72
7. 자궁내막증	N80
8. 여성생식관을 침범한 누공	N82
9. 여성생식관의 폴립	N84
10. 자궁경부의 미란 및 외반	N86
11. 자궁경부의 이형성	N87

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표41-2】 특정전립선,방광및기타질환 분류표

① 약관에 규정하는 '특정전립선,방광및기타질환'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 남성생식기관의 양성 신생물	D29
2. 비뇨기관의 양성 신생물	D30
3. 갑상선의 양성 신생물	D34
4. 기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D35
5. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
6. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
7. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
8. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
9. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
10. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
11. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48
12. 폐색성 및 역류성 요로병증	N13
13. 상세불명의 신장위축	N26
14. 원인불명의 작은 신장	N27
15. 요도염 및 요도증후군	N34
16. 요도협착	N35
17. 전립선증식증	N40
18. 전립선의 염증성 질환	N41

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표41-3】 특정내분비선및소화계질환 분류표

① 약관에 규정하는 '특정내분비선및소화계질환'으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 기타 비독성 고이터	E04
2. 갑상선독증[갑상선기능항진증]	E05
3. 쿠상증후군	E24
4. 사타구니탈장	K40
5. 배꼽탈장	K42
6. 복벽탈장	K43
7. 횡격막탈장	K44
8. 담석증	K80
9. 담낭의 기타 질환	K82
10. 담도의 기타 질환	K83
11. 췌장의 기타 질환	K86

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표42】 다빈치로봇 암수술 분류표

약관에 규정하는 「다빈치로봇 암수술」은 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내 용	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기 da Vinciⓡ	QZ966

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 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 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표43】 스텐트삽입술(급여) 분류표

약관에 규정하는 「스텐트삽입술(급여)」은 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

진료행위		수가코드
관상동맥 스텐트삽입술	경피적관상동맥스텐트삽입술-단일혈관	M6561
	경피적관상동맥스텐트삽입술-추가혈관	M6562
	경피적관상동맥스텐트삽입술-단일혈관 (경피적관상동맥확장술및경피적관상동맥죽상반절제술과동시)	M6563
	경피적관상동맥스텐트삽입술-추가혈관 (경피적관상동맥확장술및경피적관상동맥죽상반절제술과동시)	M6564
	경피적관상동맥스텐트삽입술 -급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적관상동맥스텐트삽입술 [일차적중재술 등]	M6565
	경피적관상동맥스텐트삽입술 -만성폐쇄성병변에 대한 경피적관상동맥스텐트삽입술	M6566
	경피적관상동맥스텐트삽입술 -만성폐쇄성병변에 대한 경피적관상동맥스텐트삽입술 (경피적관상동맥확장술및경피적관상동맥죽상반절제술과동시)	M6567
뇌혈관 스텐트삽입술	경피적혈관내금속스텐트삽입술-뇌혈관	M6601
	경피적혈관내금속스텐트삽입술-경동맥[추골동맥포함]	M6602
대동맥 스텐트삽입술	경피적혈관내금속스텐트삽입술-대동맥	M6603
	경피적혈관내스텐트-이식설치술[대동맥]	M6611
	경피적 대동맥류내 다층구조 혈류 모듈레이터 삽입술	M6615
	경피적혈관내스텐트-이식설치술[대동맥및장골동맥]	M6612
기타혈관 스텐트삽입술	경피적혈관내금속스텐트삽입술-기타혈관	M6605
	경피적혈관내스텐트-이식설치술[기타혈관]	M6613
소화기관 스텐트삽입술	결장경하 협착 확장술-내시경적 결장 스텐트삽입술	Q7692
	방사선하결장,직장협착확장술-스텐트에의한것	M6724
	경피적담관[낭]경을이용한시술[PTBD Route또는T-Tube이용] -담관확장술(스텐트삽입)	Q7772
	경피적담도협착확장술-스텐트에의한것	M6682
	방사선하상부소화관협착확장술-스텐트에의한것	M6722
	내시경적 상부소화관확장술-스텐트삽입	Q7643
	풍선소장내시경하 스텐트삽입술-경구	Q7786
	풍선소장내시경하 스텐트삽입술-경항문	Q7787
	에스상결장경하 협착 확장술-스텐트삽입	Q7742
비뇨기관 스텐트삽입술	요관스텐트설치술(요관경하)	R3261
	요관스텐트설치술(방광경하)	R3262
	요관스텐트설치술(경피적)[경피적신루설치술,방사선료포함]	R3263
	요관스텐트설치술(관혈적)	R3264
	요도경하수술(요도스텐트설치술)	R3663

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 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 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표44】 체외충격파쇄석술(급여) 분류표

약관에 규정하는 「체외충격파쇄석술(급여)」은 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

구분	진료행위	수가코드
체외충격파쇄석술치료비 (ELECTRODE)	ELECTRODE(체외충격파쇄석술)	R3504
체외충격파쇄석술치료비 (ELECTRODE제외)	체외충격파쇄석술[신, 요관, 방광결석 또는 담석, 췌석]	R3505
	체외충격파쇄석술(2회부터5회까지,1회당)	R3506
	체외충격파쇄석술(5회초과10회까지,1회당)	R3507
	체외충격파쇄석술(10회초과,1회당)	R3508

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 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 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표45-1】 8대기관 양성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
간, 담관 및 췌장	간의 양성신생물, 간내담관의 양성신생물	D13.4
	간외담관의 양성신생물	D13.5
	췌장의 양성신생물	D13.6
갑상선	갑상선의 양성신생물	D34
위십이지장	위의 양성신생물	D13.1
	십이지장의 양성신생물	D13.2
	위 및 십이지장의 용종	K31.7
대장	맹장의 양성신생물	D12.0
	충수의 양성신생물	D12.1
	상행결장의 양성신생물	D12.2
	횡행결장의 양성신생물	D12.3
	하행결장의 양성신생물	D12.4
	구불결장의 양성신생물	D12.5
	상세불명의 양성신생물	D12.6
	직장구불결장의 양성신생물	D12.7
	직장의 양성신생물	D12.8
	직장용종	K62.1
	결장의 용종	K63.5
기관지 및 폐	기관지 및 폐의 양성신생물	D14.3
남성생식기관	남성생식기관의 양성신생물	D29
여성생식기관	자궁의 평활근종	D25
	자궁의 기타 양성신생물	D26
	난소의 양성신생물	D27
	기타 및 상세불명 여성생식기관의 양성신생물	D28
	여성생식기관의 용종	N84

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표45-2】 8대기관 양성신생물(용종포함) 수술(급여) 분류표

약관에 규정하는 「8대기관 양성신생물(용종포함) 수술(급여)」는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내 용		수가코드
내시경 종양제거 수술		Q7611~Q7789, QX706
간	간농양(낭종) 수술	
	가. 개복에 의한 흡입 또는 주입술	Q7211
	나. 배액을 위한 간절개술	Q7212
	다. 조대술	Q7213
	라. 낭종적출술	Q7214
담낭 및 담도	담도낭종수술	
	가. 우회술	Q7331
	나. 절제술	Q7332
	담도종양수술	
	가. 양성	Q7341
췌장	췌장가성낭종수술	
	가. 조대술	Q7541
	나.외부배액법	Q7542
	다. 내부배액법	Q7543
	췌장양성종양(낭종, 선종) 절제	Q7550
갑상선	갑상선수술	
	가. 갑상선염 전절제술	
	(1) 편측	P4551
	(2) 양측	P4552
	나. 갑상선염 아전절제술	
	(1) 편측	P4553
	(2) 양측	P4554
	갑상선설관낭종절제술	P4558
위십이지장	위용종절제술	Q2521
대장	소장 또는 결장의 용종절제술	Q2645
	장간만종양적출술	
	가. 장관절제를 동반하는것	Q2761
	나. 기타의 것	Q2762
	직장종양의 절제술	
	가. 경항문 접근	Q2891
	나. 경천골 또는 방천골 접근	Q2890
	다. 복부접근	Q2892
	라. 경항문 내시경적 미세수술	Q2893
기관지 및 폐	폐쐐기절제술	
	가. 단일	O1401
	나. 2-3개	O1403
	다. 4-5개	O1404
	라. 6개 이상	O1405

내 용		수가코드
	폐구역절제술	O1410
	폐엽절제술	
	가. 단일폐엽절제술	O1421
	나. 쌍폐엽절제술	O1422
	다. 폐엽과 폐구역절제술	O1423
	라. 소매폐엽절제술	O1424
남성 생식기관	외성기 종양적출술	
	가. 양성	R4001
여성 생식기관	외음부 종양적출술	
	가. 양성	R4066
	질 종양적출술	
	가. 양성	R4070
	자궁근정절제술	
	가. 복부접근	
	(1) 단순	R4124
	(2) 복잡	R4127
	나. 질부접근	R4123
	다. 복강경술	
	(1) 단순	R4128
	(2) 복잡	R4129
	자궁경하 자궁근종절제술	
	가. 3㎝ 미만	R4125
	나. 3㎝ 이상(다발성 포함)	R4126
	자궁경관점막용종절제술	R4240
	자궁경하 자궁내막용종절제술	R4241
	부속기 종양 적출술	
	가. 양성	R4421

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 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 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표46-1】 요실금 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 스트레스 요실금	N39.3
2. 기타 명시된 요실금	N39.4
3. 상세불명의 요실금	R32

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표46-2】 요실금수술(급여) 분류표

약관에 규정하는 「요실금수술(급여)」는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내 용	수가코드
요실금수술 - 개복에 의한 수술	R3562
요실금수술 - 질강을 통한 수술 - 자가근막을 이용한 경우(근막채취료 포함)	R3564
요실금수술- 질강을 통한 수술 - 기타의 경우	R3565

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 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 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표47】 1~8종 수술 및 시술 분류표

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
간 이식	1. 간 이식	A010	8
폐 이식	2. 폐 이식	A020	8
심장 이식	3. 심장 이식	A030	8
장 이식	4. 췌장 이식	A040	8
소장 이식	5. 소장 이식	A050	8
조혈모세포 이식	6. 조혈모세포 이식, 동종이식	A061	8
	7. 조혈모세포 이식, 자가이식	A062	8
신장 이식	8. 신장 이식	A070	8
체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술미동반	9. 체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	A080	5
기관절개술	10. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 장기 사용	A091	1
	11. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 단기 사용	A092	1
	12. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 미사용	A093	1
	13. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 장기 사용	A094	1
	14. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 단기 사용	A095	1
	15. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 미사용	A096	1
사지 이식	16. 사지 이식	A100	8
뇌동맥류수술	17. 복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B011	8
	18. 단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B012	8
	19. 복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B013	8
	20. 단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B014	8
	21. 뇌동맥류 색전술(뇌졸중 동반)	B015	6
	22. 뇌동맥류 색전술(뇌졸중 미동반)	B016	6
	23. 뇌동맥류 복합 수술(뇌졸중 동반)	B017	8
	24. 뇌동맥류 복합 색전술(뇌졸중 동반)	B018	6
뇌혈관수술	25. 두개내 혈관 수술(뇌졸중 동반)	B021	8
	26. 두개내 혈관 수술(뇌졸중 미동반)	B022	8
	27. 뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 동반)	B023	6
	28. 뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 미동반)	B024	6
	29. 경피적 뇌혈관 수술(협착·폐쇄 및 혈전제거 동시의 경우)	B025	6
	30. 경피적 뇌혈관 수술(협착 및 폐쇄의 경우)	B026	6
	31. 경피적 뇌혈관 수술(혈전제거의 경우)	B027	6
혈종제거술 및 기타개두술(외상제외)	32. 혈종제거술(외상 제외)	B031	8
	33. 두개내 감압술(외상 제외)	B032	8
	34. 두개골 성형술(외상 제외)	B033	8

두개외 혈관수술	35. 두개외 혈관수술(뇌졸중 동반)	B041	4
	36. 두개외 혈관수술(뇌졸중 미동반)	B042	4
	37. 경피적 두개외 혈관수술	B043	4
뇌기저부 수술	38. 뇌기저부 수술	B050	8
뇌종양 절제술	39. 복잡 천막상부 종양절제술	B061	8
	40. 단순 천막상부 종양절제술	B062	8
	41. 복잡 천막하부 종양절제술	B063	8
	42. 단순 천막하부 종양절제술	B064	8
	43. 경피적 뇌신경계 종양 수술	B065	6
	44. 경비적 뇌하수체 종양 절제술	B066	8
신경계 신경자극기 설치술	45. 신경계 신경자극기 설치술	B070	7
뇌전증 수술	46. 뇌전증 수술(전극삽입술 시행)	B081	7
	47. 뇌전증 수술(전극삽입술 미시행)	B082	7
정위수술	48. 중추신경계 정위수술(뇌종양 및 기타 병소발생술)	B091	6
	49. 중추신경계 정위수술(두개내출혈)	B092	6
	50. 뇌정위 방사선 수술(두개내출혈 및 뇌혈관기형)	B093	6
	51. 뇌정위 방사선 수술(양성 뇌종양)	B094	6
	52. 뇌정위 방사선 수술(기타)	B095	6
	53. 중추신경계 체부 정위 방사선 수술	B096	6
뇌신경 수술	54. 뇌신경 수술	B100	6
뇌척수액 우회로조성술	55. 뇌척수액 우회로조성술	B110	4
외상 개두술	56. 혈종제거술(외상관련), 경막외 출혈	B121	7
	57. 혈종제거술(외상관련), 경막하 출혈	B122	7
	58. 혈종제거술(외상관련), 기타 뇌내 출혈	B123	7
	59. 두개내 감압술(외상관련)	B124	8
	60. 두개골 성형술(외상관련)	B125	8
기타 개두술	61. 기타 개두술	B130	7
천두술	62. 천두술(경막하 또는 경막외)	B141	4
	63. 천두술(뇌내)	B142	4
	64. 천두술(기타)	B143	4
척추강내 병소절제술	65. 척수내 종양절제술	B151	6
	66. 척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	B152	6
	67. 척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	B153	6
	68. 척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	B154	6
척추변형 척추고정술	69. 청소년기 척추변형 척추고정술	B161	5
	70. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	B162	5
	71. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	B163	5
기타 척추 수술	72. 척추고정술(척수병증 동반)	B171	4
	73. 척추고정술(척수병증 미동반)	B172	4
	74. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	B173	2
	75. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	B174	2
	76. 기타 척추 수술(척수병증 동반)	B175	1
	77. 기타 척추 수술(척수병증 미동반)	B176	1
척추 중재시술	78. 척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	B181	1
	79. 척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	B182	1

신경절술 및 척추강내 약물주입 펌프이식술	80. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	B191	3
	81. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	B192	1
기타 신경계수술	82. 주요 말초 및 뇌 신경 수술	B201	1
	83. 기타 말초 및 뇌 신경 수술	B202	1
	84. 수근관 이완술	B203	1
	85. 기타 근육, 건 및 인대 이완술	B204	1
	86. 기타 신경계 수술	B205	1
복잡 척추수술	87. 복잡 척추고정술	B211	4
	88. 복잡 척추후궁절제술	B212	2
안부 관통상 수술	89. 복잡 안부 관통상 수술	C011	1
	90. 전안부 관통상 수술(수정체 수술 동반)	C012	1
	91. 전안부 관통상 수술(수정체 수술 미동반)	C013	1
	92. 후안부 관통상 수술	C014	1
안와 수술	93. 복잡 안와 수술, 한쪽	C021	2
	94. 복잡 안와 수술, 양쪽	C022	2
	95. 단순 안와 수술	C023	2
안구 수술 (종양 수술 포함)	96. 안구 수술(종양 수술 포함)	C030	2
망막 및 유리체 수술	97. 망막 및 유리체 수술 (망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 동반)	C043	2
	98. 망막 및 유리체 수술 (망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 미동반)	C044	2
	99. 망막 및 유리체 수술 (망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 동반)	C045	2
	100. 망막 및 유리체 수술 (망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 미동반)	C046	2
안구 표면재건술	101. 주요 각막이식수술	C051	2
	102. 기타 각막이식수술	C052	2
	103. 공막 및 각막윤부이식수술	C053	2
수정체 소절개 수술 (유리체 절제술 유무와 무관)	104. 주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C061	1
	105. 기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C062	1
	106. 주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C063	1
	107. 기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C064	1
수정체 대절개 수술 (유리체 절제술 유무와 무관)	108. 주요 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C071	1
	109. 기타 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C072	1
	110. 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C073	1
후발성 백내장 수술	111. 후발성 백내장 수술	C080	1
녹내장 수술	112. 복잡 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C091	2
	113. 복잡 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C092	2
	114. 단순 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C093	2
	115. 단순 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C094	2
기타 안구내 수술	116. 기타 주요 안구내 수술	C101	1
	117. 기타 단순 안구내 수술	C102	1
사시 수술	118. 복잡 사시 수술	C111	1
	119. 단순 사시 수술	C112	1

안검 수술	120. 복잡 안검 수술, 제1형	C121	1
	121. 복잡 안검 수술, 제2형	C122	1
	122. 복잡 안검 수술, 제3형	C123	1
	123. 주요 안검 수술, 제1형	C124	1
	124. 주요 안검 수술, 제2형	C125	1
	125. 주요 안검 수술, 제3형	C126	1
	126. 기타 안검 수술	C127	1
눈물길 수술	127. 복잡 눈물길 수술	C131	1
	128. 주요 눈물길 수술, 한쪽	C132	1
	129. 주요 눈물길 수술, 양쪽	C133	1
	130. 기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 단안	C135	1
	131. 기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 양안	C136	1
결막 수술	132. 결막낭 재건술	C141	1
	133. 복잡 결막 수술	C142	1
	134. 단순 결막 수술	C143	1
기타 안구외수술	135. 기타 안구외 수술	C150	1
내이 수술	136. 귀 이식술	D011	5
	137. 주요 내이 수술	D012	3
	138. 단순 내이 수술	D013	2
중이 및 유양돌기 수술	139. 고실유양돌기 수술	D021	2
	140. 유양돌기 수술	D022	2
	141. 고실 수술	D023	2
	142. 이소골 재건술	D024	2
	143. 등골수술	D025	2
	144. 환기관삽입 고막절개술	D026	2
외이 및 귀 수술	145. 주요 외이 및 귀 수술	D031	1
	146. 단순 외이 및 귀 수술	D032	1
귀 및 코의 악성종양 수술	147. 귀 및 두개저 악성종양 수술	D041	7
	148. 비강, 부비동, 비인강 악성종양	D042	7
부비동개방 수술	149. 부비동 개방 수술(한 개, 한쪽)	D051	1
	150. 부비동 개방 수술(한 개, 양쪽)	D052	1
	151. 부비동 개방 수술(여러 개, 한쪽)	D053	1
	152. 부비동 개방 수술(여러 개, 양쪽)	D054	1
내시경을 이용한 부비동 수술	153. 내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 한쪽)	D061	1
	154. 내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 양쪽)	D062	1
	155. 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D065	1
	156. 복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D066	1
	157. 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D067	1
	158. 복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D068	1
코 수술	159. 주요 코 수술	D081	1
	160. 비중격 및 비갑개수술	D082	1
	161. 단순 코 수술	D083	1
구강 및 타액선 악성종양 수술	162. 구강 및 타액선 악성종양 수술	D090	7
후두 및 인두 악성종양 수술	163. 주요 후두 및 인두 악성종양 수술(경동맥소체 포함)	D101	7
	164. 단순 후두 및 인두 악성종양 수술	D102	7

경부림프절절제술	165. 경부림프절절제술, 한쪽	D111	4
	166. 경부림프절절제술, 양쪽	D112	4
안면골 수술	167. 악관절 수술	D121	2
	168. 주요 안면골 수술	D122	2
	169. 단순 안면골 수술	D123	2
두경부 재건술	170. 두경부 재건술	D130	2
타액선 수술	171. 이하선수술	D141	2
	172. 악하선 및 설하선 수술	D142	2
	173. 기타 타액선 수술	D143	1
	174. 타석제거술	D144	1
경부 수술	175. 경부 수술	D150	1
편도 및 아데노이드 수술	176. 주요 편도 및 아데노이드 수술	D161	1
	177. 단순 편도 및 아데노이드 수술	D162	1
구강, 인후두 수술	178. 주요 구강 및 인두, 후두 수술	D171	1
	179. 단순 구강 및 인두, 후두 수술	D172	1
기타 이비인후, 구강 질환 수술	180. 기타 이비인후, 구강질환 수술	D200	1
주요 흉부 수술	181. 기관 및 기관지 수술	E011	7
	182. 주요 폐 수술(악성종양의 경우)	E012	7
	183. 주요 폐 수술(악성종양 제외)	E013	7
	184. 기타 폐 수술	E014	7
	185. 종격동 수술	E015	7
	186. 주요 흉곽 수술	E016	7
	187. 기타 흉곽 수술	E017	3
	188. 흉강경을 이용한 주요 수술	E018	7
	189. 흉강경을 이용한 기타 수술	E019	7
기관지경 및 방사선하 수술	190. 기관지경 및 방사선하 수술	E020	2
기타 호흡기계 수술	191. 수면무호흡증후군 수술	E032	1
	192. 호흡기계 기타 단순 수술	E033	1
	193. 기타 호흡기계 수술	E034	1
폐농양 배액술	194. 폐농양 배액술	E520	1
흉막삼출 배액술	195. 흉막삼출 배액술	E530	1
자동체내제세동기 시술	196. 자동체내제세동기 설치술 또는 제거술	F011	5
	197. 자동체내제세동기 교정술	F012	5
심장판막 수술 (심도자술 사용)	198. 대동맥판 수술(심도자술 사용)	F021	8
	199. 승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 사용)	F022	8
	200. 폐동맥판 수술(심도자술 사용)	F023	8
심장판막 수술 (심도자술 미사용)	201. 대동맥판 수술(심도자술 미사용)	F031	8
	202. 승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 미사용)	F032	8
	203. 폐동맥판 수술(심도자술 미사용)	F033	8

관상동맥 우회로 조성술	204. 관상동맥 우회로 조성술 (심도자술 사용, 인공심장폐장치 사용)	F041	8
	205. 관상동맥 우회로 조성술 (심도자술 미사용, 인공심장폐장치 사용)	F042	8
	206. 관상동맥 우회로 조성술 (심도자술 사용, 인공심장폐장치 미사용)	F043	8
	207. 관상동맥 우회로 조성술 (심도자술 미사용, 인공심장폐장치 미사용)	F044	8
기타 심흉부 수술	208. 기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 사용)	F053	7
	209. 기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 미사용)	F054	5
주요 혈관복구 수술 (인공심장폐장치 사용)	210. 파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술 (인공심장폐장치 사용)	F061	8
	211. 비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술 (인공심장폐장치 사용)	F062	8
	212. 기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용)	F063	8
주요 혈관복구 수술 (인공심장폐장치 미사용)	213. 파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술 (인공심장폐장치 미사용)	F071	8
	214. 비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술 (인공심장폐장치 미사용)	F072	8
	215. 기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	F073	7
대동맥 경피적 수술	216. 복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 미동반)	F081	4
	217. 복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 동반)	F082	4
	218. 흉부대동맥류 경피적 수술	F083	4
	219. 대동맥박리 경피적 수술	F084	4
정맥 및 대정맥 경피적 수술	220. 심부정맥혈전증 경피적 수술	F091	4
	221. 대정맥 필터설치를 위한 경피적 수술	F092	4
경도관 심장결손 폐쇄술	222. 경도관 심방중격결손 폐쇄술	F101	4
	223. 경도관 동맥관개존증 폐쇄술	F102	4
	224. 기타 경도관 심장 결손 폐쇄술	F103	4
급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술 (심각한 합병증 동반)	225. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술 (심각한 합병증 동반, 단일혈관)	F111	4
	226. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술 (심각한 합병증 동반, 다발혈관)	F112	4
급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술 (심각한 합병증 미동반)	227. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술 (심각한 합병증 미동반, 단일혈관)	F121	4
	228. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술 (심각한 합병증 미동반, 다발혈관)	F122	4
급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술	229. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술 (단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F133	4
	230. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술 (단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F134	4
	231. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술 (다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F135	4
	232. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술 (다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F136	4

부정맥의 경피적 수술(3차원 지도화 기능 포함)	233. 심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F141	4
	234. 심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F142	4
	235. 발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술 (3차원 지도화 기능 포함)	F143	4
부정맥의 경피적 수술(3차원 지도화 기능 미포함)	236. 심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F151	4
	237. 심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F152	4
	238. 발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술 (3차원 지도화 기능 미포함)	F153	4
경피적 풍선 판막성형술	239. 경피적 승모판 풍선 판막성형술	F161	4
	240. 경피적 대동맥 또는 폐동맥 풍선 판막성형술	F162	4
혈관 기형의 경피적 수술	241. 동정맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F181	4
	242. 관상동맥 및 폐동맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F182	4
말초동맥의 경피적 수술	243. 말초동맥 색전증 및 혈전증의 경피적 수술	F192	4
	244. 말초동맥 동맥류 및 박리의 경피적 수술	F193	4
	245. 말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 여러 개	F194	4
	246. 말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 한 개	F195	4
기타 경피적 심혈관 수술	247. 기타 경피적 심혈관 수술	F200	4
체내 심박조율기 설치술(급성 심근경색증, 심부전, 쇼크의 경우)	248. 영구적 심박조율기 설치술	F211	5
	249. 영구적 심박조율기 교환술	F212	5
	250. 심박조율기 제거 및 전환술	F213	1
기타 혈관 복구 수술	251. 기타 혈관 복구 수술	F220	2
순환 장애 절단술(수족부 제외)	252. 순환 장애 절단술(수족부 제외)	F230	7
순환 장애 수족부 절단술	253. 순환 장애 수족부 절단술	F240	3
정맥 결찰 및 스트리핑	254. 정맥류 광범위 절제술(여러 개)	F253	1
	255. 정맥류 광범위 절제술(한 개)	F254	1
	256. 정맥류 국소 절제술	F252	1
기타 순환기계 수술	257. 기타 순환기계 수술	F260	1
식도 수술	258. 식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술	G011	7
	259. 기타 주요 식도 수술	G012	5
	260. 기타 단순 식도 수술	G013	4
직장절제술(림프절절제 동반)	261. 복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 동반)	G021	7
	262. 개복에 의한 직장절제술(림프절절제 동반)	G022	7
직장절제술(림프절절제 미동반)	263. 복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G031	7
	264. 개복에 의한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G032	7
경항문 및 경천골 접근 직장절제술	265. 경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양의 경우)	G041	7
	266. 경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양 제외)	G042	7
주요십이지장수술	267. 주요 십이지장 수술	G050	7
식도정맥류수술	268. 식도 정맥류 수술	G060	5
위전절제술	269. 복강경을 이용한 위전절제술	G071	7
	270. 개복에 의한 위전절제술	G072	7
위아전절제술	271. 복강경을 이용한 위아전절제술	G081	7
	272. 개복에 의한 위아전절제술	G082	7

기타 위절제술	273. 복강경을 이용한 기타 위절제술	G091	5
	274. 개복에 의한 기타 위절제술	G092	5
	275. 복강경을 이용한 기타 설상절제술	G093	5
	276. 개복에 의한 기타 설상절제술	G094	5
소화성 궤양 수술	277. 복강경을 이용한 소화성 궤양 수술	G101	4
	278. 개복에 의한 소화성 궤양 수술	G102	4
기타 위 및 식도 수술	279. 복강경을 이용한 기타 위 및 식도 수술	G111	4
	280. 개복에 의한 기타 위 및 식도 수술	G112	4
결장 및 직장 전 절제술	281. 복강경을 이용한 결장 및 직장 전 절제술	G121	7
	282. 개복에 의한 결장 및 직장 전 절제술	G122	7
결장절제술 (림프절절제 동반)	283. 복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 동반)	G131	7
	284. 개복에 의한 결장절제술(림프절절제 동반)	G132	7
결장절제술 (림프절절제 미동반)	285. 복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G141	5
	286. 개복에 의한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G142	5
기타 대장 수술	287. 복강경을 이용한 기타 대장 수술	G151	4
	288. 개복에 의한 기타 대장 수술	G152	4
소장 및 장간막 수술	289. 복강경을 이용한 주요 소장 및 장간막 수술	G171	5
	290. 개복에 의한 주요 소장 및 장간막 수술	G172	5
	291. 장폐쇄 수술 및 기타 장 수술	G173	3
장루 수술	292. 장루 수술	G180	3
횡격막 탈장 수술	293. 횡격막 탈장 수술	G190	4
탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외	294. 복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외 (장절제 동반)	G201	1
	295. 개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외 (장절제 동반)	G202	1
	296. 복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외 (장절제 미동반)	G203	1
	297. 개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외 (장절제 미동반)	G204	1
충수절제술	298. 복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G211	3
	299. 복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G212	3
	300. 개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G213	3
	301. 개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G214	3
재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술	302. 복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G221	1
	303. 복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G222	1
	304. 개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G223	1
	305. 개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G224	1
서혜 및 대퇴부 탈장 수술 (장절제 동반)	306. 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	G230	1
복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술 (장절제 미동반)	307. 복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술 (장절제 미동반), 한쪽	G241	1
	308. 복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술 (장절제 미동반), 양쪽	G242	1

개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술 (장절제 미동반)	309. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술 (장절제 미동반, 복잡 주진단의 경우), 한쪽	G251	1
	310. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술 (장절제 미동반, 복잡 주진단이 아닌 경우), 한쪽	G252	1
	311. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술 (장절제 미동반), 양쪽	G253	1
복수 항문 수술	312. 복수 항문 수술	G260	1
치핵 수술	313. 주요 치핵 수술	G271	1
	314. 단순 치핵 수술	G272	1
항문 주위 농양 수술	315. 주요 항문 주위 농양 수술	G281	1
	316. 단순 항문 주위 농양 수술	G282	1
치루 수술	317. 주요 치루 수술	G291	1
	318. 단순 치루 수술	G292	1
치열 수술 및 항문협착증 수술	319. 치열 수술 및 항문협착증 수술	G300	1
경항문 및 질접근 수술	320. 직장 질루 수술	G311	1
	321. 직장 탈출증 수술 및 괄약근성형술(직장류교정술 포함)	G312	1
화농성한선염 수술	322. 화농성한선염 수술	G320	1
기타 소화기계 수술	323. 기타 소화기계 수술	G332	1
소화기계 질환의 혈관색전술	324. 소화기계 질환의 혈관색전술	G340	3
위내시경 시술	325. 위내시경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G503	1
	326. 위내시경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G504	1
	327. 위내시경 시술, 당일퇴원	G505	1
결장경 시술	328. 결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G523	1
	329. 결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G524	1
	330. 결장경 시술, 당일퇴원	G525	1
구불결장경 시술	331. 구불결장경 시술	G531	1
	332. 구불결장경 시술, 당일퇴원	G532	1
소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2일 이상	333. 소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2일 이상	G540	1
소장내시경 시술	334. 소장내시경 시술	G550	1
소화관 협착을 위한 방사선하 시술	335. 소화관 협착을 위한 방사선하 시술	G560	2
소화기계 질환의 경피적 배액술	336. 소화기계 질환의 경피적 배액술	G570	2
간담도췌장 복합수술	337. 간담도췌장 복합수술	H010	7
간담도 복합수술	338. 주요 간담도 복합수술	H021	7
	339. 기타 간담도 복합수술	H022	5
담도췌장 복합수술	340. 담도췌장 복합수술	H030	7
간 절제술	341. 복강경을 이용한 주요 간 절제술	H041	7
	342. 개복에 의한 주요 간 절제술	H042	7
	343. 복강경을 이용한 기타 간 절제술	H043	5
	344. 개복에 의한 기타 간 절제술	H044	5

간 수술	345. 복강경을 이용한 간 수술	H051	4
	346. 개복에 의한 간 수술	H052	4
간담도계 질환 치료를 위한 단락술	347. 간담도계 질환 치료를 위한 단락술	H060	4
담도 절제술 (림프절 절제 동반)	348. 복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H071	7
	349. 개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H072	7
담도 절제술 (림프절 절제 미동반)	350. 복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H081	5
	351. 개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H082	5
주요 담도 수술	352. 복강경을 이용한 주요 담도 수술	H091	5
	353. 개복에 의한 주요 담도 수술	H092	5
담낭절제술	354. 복강경을 이용한 담낭절제술 (총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H101	4
	355. 개복에 의한 담낭절제술 (총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H102	4
	356. 복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H103	4
	357. 개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H104	4
	358. 복강경을 이용한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H105	4
	359. 개복에 의한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H106	4
	360. 복강경을 이용한 담낭절제술 (총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H107	4
	361. 개복에 의한 담낭절제술 (총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H108	4
췌장절제술	362. 복강경을 이용한 췌장절제술	H111	7
	363. 개복에 의한 췌장절제술	H112	7
췌장 수술	364. 복강경을 이용한 췌장 수술	H121	4
	365. 개복에 의한 췌장 수술	H122	4
기타 간담도 및 췌장 시술	366. 역행성담췌관내시경 시술	H142	3
	367. 담석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	H143	1
	368. 기타 간담도 및 췌장 수술	H144	3
	369. 경피적 담관경 시술	H145	3
	370. 경피적 담관 시술	H146	3
간담도 및 췌장의 경피적 시술	371. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양 제외)	H152	3
	372. 담도협착을 위한 경피적 시술	H154	3
	373. 담석제거를 위한 경피적 시술	H155	3
	374. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 동반	H156	6
	375. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 미동반	H157	6
출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	376. 출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	H500	1
간암의 경피적 치료술	377. 간암의 경피적 치료술	H510	6
간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	378. 간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	H520	3
양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	379. 양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술의 경우)	I011	4
	380. 양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술 제외)	I012	3

고관절 재치환술 및 치환술	381. 고관절 전재치환술	I021	4
	382. 고관절 전치환술	I022	4
	383. 고관절 부분치환술	I023	4
슬관절 재치환술 및 치환술	384. 슬관절 전재치환술	I031	3
	385. 슬관절 전치환술	I032	3
	386. 슬관절 부분치환술	I033	3
기타 관절 재치환술 및 치환술	387. 기타 관절 전재치환술	I041	2
	388. 기타 관절 전치환술	I042	2
	389. 기타 관절 부분치환술	I043	2
	390. 인공관절삽입물 제거술	I044	2
혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	391. 혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	I050	4
척추강내 병소절제술	392. 척수내 종양절제술	I061	6
	393. 척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	I062	6
	394. 척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	I063	6
	395. 척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	I064	6
척추변형 척추고정술	396. 청소년기 척추변형 척추고정술	I071	5
	397. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	I072	5
	398. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	I073	5
기타 척추 수술	399. 척추고정술(척수병증 동반)	I081	4
	400. 척추고정술(척수병증 미동반)	I082	4
	401. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	I083	2
	402. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	I084	2
	403. 기타 척추 수술(척수병증 동반)	I085	1
	404. 기타 척추 수술(척수병증 미동반)	I086	1
척추 중재시술	405. 척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	I091	1
	406. 척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	I092	1
신경절술 및 척추강내 약물주입 펌프이식술	407. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	I101	3
	408. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	I102	1
절단술	409. 주요 절단술	I111	7
	410. 기타 절단술	I112	3
골종양의 절제술	411. 골악성종양의 광범위 절제술(재건술 동반)	I121	7
	412. 골악성종양의 광범위 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골)	I122	7
	413. 골악성종양의 광범위 절제술(기타)	I123	7
	414. 골양성종양의 소파술 또는 절제술	I124	2
골수염 및 농양 수술	415. 골수염 및 농양 수술 (골반골, 대퇴골, 하퇴골, 상완골, 전완골, 쇄골)	I131	2
	416. 골수염 및 농양 수술(기타)	I132	1
	417. 근농양 배농술	I133	1
고관절 및 대퇴부 수술	418. 양쪽 또는 복수 고관절 및 대퇴부 수술	I141	3
	419. 한쪽 고관절 및 대퇴부 수술	I142	2
상완골, 경골 및 비골 수술	420. 상완골, 경골 및 비골 수술	I160	2
단단성형술	421. 단단성형술(수족지 제외)	I171	2
	422. 단단성형술(수족지)	I172	2

견부 수술	423. 회전근개 수술	I181	1
	424. 관절와순 수술	I182	1
	425. 복수 진단 견부 수술	I183	1
	426. 기타 견부 수술	I184	1
슬부 수술	427. 십자인대 수술	I191	1
	428. 반달연골 수술, 양쪽	I192	1
	429. 반달연골 수술, 한쪽	I193	1
	430. 기타 슬관절 수술	I194	1
주관절 및 전완부 수술	431. 주관절 및 전완부 수술	I200	1
족부 및 족관절 수술	432. 족부 및 족관절 힘줄인대 수술	I211	1
	433. 족관절 골연골 병변 수술	I212	1
	434. 기타 족부 및 족관절 수술	I213	1
체내고정장치 제거술	435. 체내고정장치 제거술	I220	1
완관절 및 수부 수술	436. 주요 완관절 및 수부 수술	I251	1
	437. 단순 완관절 및 수부 수술	I252	1
미세혈관 조직이식 또는 피부이식	438. 미세혈관 조직이식	I261	3
	439. 기타 피판술	I262	2
	440. 피부 및 지방 이식술	I263	2
연조직 수술	441. 복잡한 연조직 수술	I271	1
	442. 주요 연조직 수술	I272	1
	443. 단순 연조직 수술	I273	1
기타 골절 수술	444. 골반 및 비구 골절 수술	I281	3
	445. 대퇴부 골절 수술	I282	3
	446. 슬관절 및 하퇴골 골절 수술	I283	3
	447. 족관절 및 족부 골절 수술	I284	2
	448. 견부 및 상완골 골절 수술	I285	3
	449. 전완부 골절 수술	I286	2
	450. 수부 골절 수술	I287	1
기타 결합조직 수술	451. 기타 결합조직 수술	I290	1
복잡 인공관절치환술	452. 복잡 양쪽 또는 복수 인공관절치환술	I301	4
	453. 복잡 인공관절전재치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I302	4
	454. 복잡 인공관절전재치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I303	2
	455. 복잡 인공관절전치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I304	4
	456. 복잡 인공관절전치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I305	2
	457. 복잡 인공관절부분치환술	I306	3
복잡 척추 수술	458. 복잡 척추고정술	I311	4
	459. 복잡 척추후궁절제술	I312	2
복잡 관절 수술	460. 복잡 사지골절정복술	I321	2
	461. 복잡 관절고정술	I322	2
	462. 복잡 사지관절절제술	I323	1
	463. 복잡 가관절수술	I324	2
	464. 복잡 반월판연골절제술	I325	1
복잡 근골격계 염증성 질환 수술	465. 복잡 화농성관절염절개술	I331	1
	466. 복잡 골수염 및 농양수술	I332	1

근골격계 질환의 경피적 배액술	467. 근골격계 질환의 경피적 배액술	I500	1
피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	468. 피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	J010	3
피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부궤양, 봉소염의 경우)	469. 피판술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J021	2
	470. 피부 이식술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J022	2
피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부궤양, 봉소염 제외)	471. 피판술(피부궤양, 봉소염 제외)	J031	2
	472. 피부 이식술(피부궤양, 봉소염 제외)	J032	2
기타 피부, 피하조직수술	473. 피부 및 연조직 악성종양 적제술	J041	4
	474. 피부 및 연조직 수술	J042	1
	475. 기타 피부, 피하조직수술	J043	1
유방재건술	476. 자가조직을 이용한 유방재건술	J051	3
	477. 보형물을 이용한 유방재건술	J052	3
주요 유방 수술	478. 근치 유방절제술	J061	7
	479. 유방절제술(악성종양의 경우)	J062	7
	480. 유방절제술(악성종양 제외)	J063	2
단순 유방 수술	481. 진공흡입보조장치를 이용한 단순 유방 수술	J071	1
	482. 절개에 의한 단순 유방 수술	J072	1
액와 수술	483. 액와 수술(악성종양의 경우)	J081	4
	484. 액와 수술(악성종양 제외)	J082	1
기타 유방 및 액와 수술	485. 기타 유방 및 액와 수술	J090	1
항문 주위 및 모소 수술	486. 항문 주위 및 모소 수술	J100	1
	487. 교감신경절제술	J110	2
내분비, 영양 및 대사장애 절단술	488. 내분비, 영양 및 대사장애 절단술(수족부 제외)	K011	7
	489. 내분비, 영양 및 대사장애 수족부 절단술	K012	3
뇌하수체 수술	490. 천막상부 종양 절제술	K021	8
	491. 복잡 경비적 뇌하수체종양 절제술	K023	8
	492. 단순 경비적 뇌하수체종양 절제술	K024	8
부신 수술	493. 복강경을 이용한 부신수술	K031	4
	494. 개복에 의한 부신수술	K032	4
내분비, 영양 및 대사장애 피부이식 및 상처변연절제술	495. 내분비, 영양 및 대사장애 유리 피판술	K041	2
	496. 내분비, 영양 및 대사장애 기타 피판술	K042	2
	497. 내분비, 영양 및 대사장애 피부 이식술	K043	2
부갑상선 수술	498. 내시경을 이용한 부갑상선 수술	K051	2
	499. 절개에 의한 부갑상선 수술	K052	2
주요 갑상선 악성 종양 수술	500. 주요 갑상선 악성 종양 수술(양쪽)	K063	4
	501. 주요 갑상선 악성 종양 수술(한쪽)	K064	4
주요 갑상선 악성 종양 제외 수술	502. 주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(양쪽)	K075	2
	503. 주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(한쪽)	K076	2
기타 갑상선 수술	504. 기타 갑상선 수술	K080	1

기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	505. 복강경을 이용한 비만대사수술	K091	1
	506. 개복에 의한 비만대사수술	K092	1
	507. 기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	K490	1
복막투석 도관 삽입술	508. 복막투석 도관 삽입술	L010	2
신장 및 비뇨기계 신생물 수술	509. 주요 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L021	7
	510. 기타 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L022	7
	511. 주요 방광 및 골반 신생물 수술	L023	7
	512. 기타 방광, 골반 및 요도 신생물 수술	L024	5
	513. 경요도 요관 및 방광 신생물 수술	L025	4
	514. 전립선 신생물 수술	L026	4
	515. 복강경을 이용한 신장 및 비뇨기계 신생물 수술	L027	7
신장 및 신우 수술	516. 복강경을 이용한 신장 및 신우 수술	L031	4
	517. 개복에 의한 신장 및 신우 수술	L032	4
	518. 경피적 신장 및 신우 수술, 한쪽	L033	3
	519. 경피적 신장 및 신우 수술, 양쪽	L034	3
요관 수술	520. 요관 수술	L040	2
방광 수술	521. 개복에 의한 방광 수술	L051	4
	522. 경피적 방광 수술	L052	2
	523. 경요도 방광 수술	L053	1
전립선 수술	524. 전립선 수술	L060	2
요도 수술	525. 주요 요도 수술	L071	1
	526. 요도경하 요도 수술	L072	1
	527. 기타 요도 수술	L073	1
	528. 복잡 요실금 수술	L074	1
	529. 단순 요실금 수술	L075	1
요로 결석 수술	530. 복강경을 이용한 요로 결석 수술	L081	4
	531. 신장, 신우 및 요관 결석 수술	L082	4
	532. 경요도적 요관 결석 수술	L083	2
	533. 방광 및 요도 결석 수술	L084	4
	534. 연성내시경하 수술	L085	2
요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	535. 요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 복잡	L091	1
	536. 요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 단순	L092	1
신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	537. 신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	L101	3
	538. 신장 및 비뇨기 질환의 시험적 거치술	L102	1
요로 질환 수술	539. 경요도 요로 질환 수술	L111	1
	540. 외상 및 감염성 요로 질환 수술	L112	1
기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	541. 기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	L120	2
기타 신장 및 비뇨기계 시술	542. 혈액투석을 위한 단락 또는 동정맥루 조성술	L131	2
	543. 혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 복잡	L132	2
	544. 혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 단순	L133	2
	545. 기타 신장 및 비뇨기계 시술	L134	1
방광요도경 시술	546. 방광요도경 시술	L510	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	547. 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	L520	1

신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	548. 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	L530	1
남성 골반 수술	549. 남성 골반 수술	M010	1
전립선 적출술	550. 주요 전립선 적출술	M021	4
	551. 기타 전립선 적출술	M022	3
기타 전립선 수술	552. 기타 전립선 수술	M030	1
음경 수술	553. 복잡 음경 수술	M041	1
	554. 단순 음경 수술	M042	1
	555. 페이로니 병 수술	M043	1
포경 수술	556. 포경 수술	M050	1
요도 수술	557. 주요 요도 수술	M061	1
	558. 단순 요도 수술	M062	1
음낭 수술	559. 복잡 음낭 수술	M071	1
	560. 단순 음낭 수술	M072	1
고환 수술	561. 복강경을 이용한 복잡 고환 수술	M081	4
	562. 개복에 의한 복잡 고환 수술	M082	4
	563. 단순 고환 수술	M083	1
기타 고환 수술 및 생식기 적출술	564. 복강경을 이용한 정계정맥류	M091	4
	565. 개복에 의한 정계정맥류	M092	4
	566. 고환 및 생식기 적출술	M093	7
기타 남성생식기계 시술	567. 기타 남성생식기계 시술(악성종양의 경우)	M101	4
	568. 기타 남성생식기계 시술(악성종양 제외)	M102	1
방광요도경 시술	569. 방광요도경 시술	M500	1
자궁 수술 (악성종양의 경우)	570. 복강경을 이용한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N011	7
	571. 개복에 의한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N012	7
주요 자궁절제술 (악성종양 제외)	572. 복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N021	2
	573. 개복에 의한 주요 자궁 절제술(악성종양 제외)	N022	2
단순 자궁 수술 (악성종양 제외)	574. 복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N031	2
	575. 개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N032	2
난소 및 부속기 수술 (악성종양의 경우)	576. 복강경을 이용한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N041	7
	577. 개복에 의한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N042	7
난소 수술 (악성종양 제외)	578. 복강경을 이용한 난소 수술(악성종양 제외)	N051	2
	579. 개복에 의한 난소 수술(악성종양 제외)	N052	2
부속기 수술 (악성종양 제외)	580. 복강경을 이용한 부속기 수술(악성종양 제외)	N061	2
	581. 개복에 의한 부속기 수술(악성종양 제외)	N062	2
자궁경부, 질 및 외음부 수술 (악성종양의 경우)	582. 복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술 (악성종양의 경우)	N071	6
	583. 개복에 의한 자궁경부, 질 및 외음부 수술 (악성종양의 경우)	N072	6
자궁경부, 질 및 외음부 수술 (악성종양 제외)	584. 복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술 (악성종양 제외)	N081	1
	585. 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N082	1
기타 골반 수술 복원술	586. 복강경을 이용한 기타 골반 수술	N091	1
	587. 개복에 의한 기타 골반 수술	N092	1
주요 여성생식기계 복원술	588. 복강경을 이용한 주요 여성생식기계 복원술	N101	1
	589. 개복에 의한 주요 여성생식기계 복원술	N102	1

기타 여성생식기계 복원술	590. 기타 여성생식기계 복원술	N110	1
복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	591. 복강경 수술	N121	1
자궁경 수술	592. 자궁경 수술	N130	1
자궁소파술	593. 치료적 자궁소파술	N141	1
기타 여성생식기계 수술	594. 복강경을 이용한 기타 여성생식기계 수술	N161	1
	595. 개복에 의한 기타 여성생식기계 수술	N162	1
여성생식기계 경피적 혈관 수술	596. 여성생식기계 경피적 혈관 수술	N180	2
제왕절개분만 (단태아)	597. 일반 제왕절개분만(단태아)	O011	1
	598. 고위험 제왕절개분만(단태아)	O012	1
	599. 질식분만 시도 후 제왕절개분만(단태아)	O013	1
제왕절개분만 (다태아)	600. 질식분만 시도 후 제왕절개분만(다태아)	O022	1
	601. 일반 제왕절개분만(다태아)	O023	1
	602. 고위험 제왕절개분만(다태아)	O024	1
자궁외 임신 주요 수술	603. 복강경을 이용한 자궁외 임신 주요 수술	O081	4
	604. 개복에 의한 자궁외 임신 주요 수술	O082	4
자궁외 임신 기타 수술	605. 복강경을 이용한 자궁외 임신 기타 수술	O091	4
	606. 개복에 의한 자궁외 임신 기타 수술	O092	4
자궁경관봉축술	607. 치료적 자궁경관봉축술	O102	1
분만 및 유산 후 관련 장애(수술시행)	608. 분만 및 유산 후 관련 장애(수술시행)	O110	1
자궁소파술 및 흡인소파술	609. 자궁소파술 및 흡인소파술	O120	1
분만 및 유산 관련 자궁적출술	610. 분만 및 유산 관련 자궁적출술	O130	2
비장 절제술	611. 성인의 복강경을 이용한 비장 절제술	Q012	4
	612. 성인의 개복에 의한 비장 절제술	Q013	4
림프종 및 백혈병 (주요 수술 시행)	613. 림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	R010	4
기타 신생물 질환 (주요 수술 시행)	614. 기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	R020	4
다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	615. 다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	W010	8
다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	616. 다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	W020	5
다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	617. 다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	W030	6
다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	618. 다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	W040	4
하지 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	619. 하지 손상의 미세혈관 조직이식	X011	3
	620. 하지 손상의 국소 피판 및 피부이식	X012	2

수부 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	621. 수부 손상의 미세혈관 조직이식	X021	3
	622. 수부 손상의 국소 피판 및 피부이식	X022	2
기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	623. 기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	X030	3
하지 손상의 기타 수술	624. 하지 손상의 골 및 관절 수술	X041	2
	625. 하지 손상의 기타 수술	X042	1
수부 손상의 기타 수술	626. 수부 손상의 골 및 관절 수술	X051	2
	627. 수부 손상의 기타 수술	X052	1
기타 손상의 수술	628. 기타 손상의 수술	X060	1
중증 화상 (피부 이식 동반)	629. 중증 화상(피부 이식 동반)	Y010	5
중등도 화상 (피부이식 혹은 흡입손상을 동반)	630. 중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상 동반)	Y020	2

주1) 상기의 「수술 및 시술코드」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」분류체계에 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」중 회사가 정한 코드를 말합니다.

주2) 이 특별약관은 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」에서 분류된 「ADRG」중 다음의 「ADRG」는 보장하지 않습니다.

① 「ADRG」에서 주진단 범주(MDC)에 해당하는 첫번째 자리(알파벳)을 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 “60” ~ “99”에 해당하는 경우

예시
「ADRG」가 “B601”의 경우 첫번째 자리(알파벳(B))를 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 “60”이므로 이 특별약관에서 보장하지 않습니다.

② 아래 표에 기재된 「ADRG」

수술 시술 코드	수술 및 시술명
B501	치료적 성분채집술
B502	신경계 면역요법
B510	뇌전증의 지속적 비디오 뇌파검사 감시
B520	자기뇌파검사 지도화
D070	코성형술
D180	구순열 및 구개열 수술
D191	치조골 수술
D192	구강내 점막수술
D193	단순 혀 수술
D300	발치
D502	치아 보존치료
E031	호흡기 질환을 위한 진단적 시술

E501	침습적 인공호흡기 96시간 이상(신대체요법 동반)
E502	침습적 인공호흡기 96시간 이상(신대체요법 미동반)
E511	침습적 인공호흡기 96시간 미만(신대체요법 동반)
E512	침습적 인공호흡기 96시간 미만(신대체요법 미동반)
E540	경기관지 폐생검
E550	폐흉부질환의 침흡인 생검
F051	심장 중격결손증 수술
F052	기타 복잡 심장 기형 교정술
F171	선천성 심장병 협착 질환의 경피적 혈관성형술(스텐트 사용)
F172	경피적 심장내 혈관성형술(스텐트 사용)
F173	순환기계의 경피적 풍선 혈관성형술
F501	심장 전기 생리 검사
F502	심장질환을 위한 심도자술 및 혈관조영술
F503	진단적 관상동맥 조영술
F504	심근생검
F505	심낭천자
G161	선천성 거대결장 및 장무공증 수술
G162	주요 직장항문 기형 수술
G163	기타 직장항문 기형 수술
G331	소화기계 질환을 위한 진단적 시술
H131	간담도 진단적 시술(악성종양의 경우)
H132	간담도 진단적 시술(악성종양 제외)
H530	진단적 역행성담췌관내시경
I230	관절경검사
I240	생검을 포함한 골과 관절의 진단적 수술
I510	근골격계 질환의 침생검
J053	유두 및 유륜재건술
J500	유방 질환의 침흡인생검
K500	갑상선 질환의 침흡인생검
L113	선천성 요로 질환 수술
L500	요관경검사
M094	정관 수술
M510	전립선 생검
N122	복강경 검사 및 기타 난관 결찰술
N142	진단적 자궁소파술
N151	복강경을 이용한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술
N152	개복에 의한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술

N170	방사선원삽입요법(악성종양의 경우)
O041	일반 질식분만(초산)
O042	고위험 질식분만(초산)
O051	일반 질식분만(경산)
O052	고위험 질식분만(경산)
O061	제왕절개술 기왕력이 있는 일반 질식분만
O062	제왕절개술 기왕력이 있는 고위험 질식분만
O073	질식분만(복합 수술 동반)
O101	예방적 자궁경관봉축술
O141	분만 및 유산 관련 경피적 혈관 수술
O142	산욕기 관련 기타 경피적 혈관 수술
P010	입원후 5일 미만에, 사망하거나 전원된 신생아(중요 수술 시행)
P020	신생아를 대상으로 한 심흉복부/혈관 수술
P030	신생아, 입원시 체중 < 750g(중요 수술 시행)
P040	신생아, 입원시 체중 750-999g(중요 수술 시행)
P050	신생아, 입원시 체중 1000-1249g(중요 수술 시행)
P060	신생아, 입원시 체중 1250-1499g(중요 수술 시행)
P070	신생아, 입원시 체중 1500-1999g(중요 수술 시행)
P080	신생아, 입원시 체중 2000-2499g(중요 수술 시행)
P090	신생아, 입원시 체중 > 2499g(중요 수술 시행)
Q011	소아의 비장 절제술
Q020	기타 혈액 및 조혈기관 수술
R030	림프종 및 백혈병(기타 수술 시행)
R040	기타 신생물 질환(기타 수술 시행)
R500	치료적 성분채집술
T011	패혈증 수술(합병증 동반)
T012	패혈증 수술(합병증 미동반)
T013	외상 후 감염 수술
T014	수술 후 감염 수술
T015	기타 감염 질환 수술
U010	정신장애 치료목적의 수술
W050	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 혈관색전술
Y030	기타 화상(피부이식 동반)
Z010	기타 보건의료서비스에 관한 수술

③ 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」에서 규정한 “Error DRG” 및 “960 DRG”
- Error DRG : 961, 962, 963, 990, 999

※ “Error DRG”라 함은 “주진단 범주(MDC)”와 일치하지 않는 수술 등을 뜻합니다.

거미막하출혈로 진단받고 경피적 심장판막성형술을 받은 경우는 주진단 범주(MDC)와 수술이 일치하지 않아 Error DRG가 생성되어 보장에서 제외됩니다.

※ “960 DRG”라 함은 “Error DRG”는 아니지만 입원 2일 이내에 조기 사망한 환자(신생아 제외)를 뜻합니다. 다만, 통원일 또는 퇴원일을 기준으로 진료비세부내역서 등에서 확인되는 「수술 및 시술코드」는 보장합니다.

※ 이 특별약관에서 「수술 및 시술코드」와 ADRG는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 기준)에서 정의된 ADRG코드 및 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2021-13호, 2021.1.22.)에서 정의된 수가코드, 제9차 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)에서 정의된 분류번호 기준이며, 향후 ADRG코드 및 수가코드, 분류번호가 변경된 경우에는 변경전 ADRG코드 및 수가코드, 분류번호에 준하여 「수술 및 시술코드」와 ADRG를 결정합니다.

【별표48】 요로결석 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
신장 및 요관의 결석	N20
하부요로의 결석	N21

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표49】 간경변증 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
알코올성 간섬유증 및 간의 경화증	K70.2
알코올성 간경변증	K70.3
간의 섬유증 및 경화증을 동반한 독성간질환	K71.7
간의 섬유증 및 경변증	K74
간의 만성 수동울혈(심장성 간경화증)	K76.1

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표50】 크론병 및 궤양성대장염 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
크론병	K50
궤양성 대장염	K51

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표51】 로봇 수술 분류표

약관에 규정하는 「로봇 수술」로 분류되는 치료는 진료비세부내역서상 보건복지부가 고시하는「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내 용	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함]	QZ966

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 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 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표52】 특정패혈증 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
연쇄알균패혈증	A40
기타 패혈증	A41

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표53】 급성신우신염 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
급성세뇨관-간질신장염	N10

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표54-1】 카티(CAR-T) 보장 대상 암 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 미만성 대B-세포림프종	C83.3
2. 급성 림프모구성 백혈병 [ALL]	C91.0

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. [제2장. 질병관련 특별약관] [75. 카티(CAR-T) 항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관] 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에 따라 「안전성과 유효성 인정범위」가 변경되는 경우, 변경된 「안전성과 유효성 인정범위」에 따라 「카티(CAR-T) 보장 대상 암」을 변경하여 적용합니다.

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.

【별표54-2】 카티치료제 해당 의약품명 및 성분명 분류표

① 아래 "카티치료제" 해당 의약품명 및 성분명은 2022년 7월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 "카티치료제" 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. "카티치료제" 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	티사젠렉류셀 Tisagenlecleucel	킴리아주(티사젠렉류셀)

【별표55】 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상 분류표

① 약관에서 규정하는 「중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상」은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024. 1. 1시행)」 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

산정특례대상 및 적용기간	특정기호
1. 【별표55-1】(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병)에 해당하는 상병의 뇌혈관질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 【별표55-2】(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술)에 해당하는 수술을 받은 경우 최대 30일	V191
2. 【별표55-1】(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병)에서 I60~I62에 해당하는 상병의 중증 뇌출혈환자가 급성기에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일. 단, 【별표55-2】(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술)에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V268
3. 【별표55-1】(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병)에서 I63에 해당하는 상병의 뇌경색증환자가 증상 발생 24시간 이내에 병원에 도착하여 입원진료 중 NIHSS가 5점 이상인 경우 최대 30일. 단, 【별표55-2】(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술)에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V275

주) 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.

【별표55-1】 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병

① 약관에서 규정하는 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024. 1. 1행)」 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨1]에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
뇌혈관질환	I60~I67
경동맥의 동맥류 및 박리	I72.0
후천성 동정맥루	I77.0
순환계통의 기타 선천기형	Q28.0 ~ Q28.3
두개내손상	S06

주) 향후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표55-2】 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술

① 약관에서 규정하는 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024. 1. 1시행)」 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨1]에 해당하는 아래의 수술을 말합니다.

내 용	수가코드
혈종제거를 위한 개두술	S4621,S4622
뇌동맥류수술	S4641,S4642
뇌동정맥기형적출술	S4653~S4658
두개강내 혈관문합술	S4661,S4662
단락술 또는 측로조성술	S4711~S4715
뇌엽절제술	S4780
뇌 기저부 수술	S4801~S4803
중추신경계정위수술 -혈종제거	S4756
경피적풍선혈관성형술	M6593,M6594, M6597
경피적뇌혈관약물성형술	M6599
경피적혈관내 금속스텐트삽입술	M6601,M6602, M6605
경피적혈전제거술	M6630,M6632, M6635,M6636, M6637,M6639
혈관색전술	M1661~M1663, M1676, M1677, M1667 M6644
천두술	N0322~N0324
개두술 또는 두개절제술	N0333
혈관내 죽종제거술	O0226,O0227, O2066
경동맥결찰술	S4670
뇌내시경수술	S4744
뇌 정위적 방사선수술	HD113~HD115

주) 향후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표56】 중증질환자(심장) 산정특례대상 분류표

① 약관에서 규정하는 「중증질환자(심장) 산정특례대상」은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024. 1. 1시행)」 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

산정특례대상 및 적용기간	특정기호
【별표56-1】(본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병)에 해당하는 상병의 심장질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 【별표56-2】(본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술)에 해당하는 수술 또는 【별표56-3】(본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분)에 해당하는 약제를 투여받은 경우 최대 30일. 단, 【별표56-1】(본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병)에 해당하는 상병 중 복잡 선천성 심기형질환자 또는 【별표56-2】(본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술)에 해당하는 수술 중 심장이식술을 받은 경우 최대 60일	V192

주) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자 심장질환 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 판단합니다.

【별표56-1】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병

① 약관에서 규정하는 본인일부부담금 산정특례 심장질환은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024. 1. 1시행)」제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨2]에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
심장의 양성 신생물	D15.1
심장 침범이 있는 류마티스열	I01
만성 류마티스심장질환	I05~I09
허혈심장질환	I20~I25
폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26, I28
기타 형태의 심장병	I30~I51
대동맥의죽상경화증	I70.0
대동맥동맥류 및 박리	I71
달리 분류된 질환에서의 동맥, 세동맥 및 모세혈관의 장애	I79.0, I79.1
대동맥궁증후군[다카야스]	M31.4
순환계통의 선천기형	Q20~Q25
대정맥혈관의 선천기형	Q26.0~Q26.4, Q26.8,Q26.9
흉부 혈관의 손상, 심장의 손상	S25~S26

주) 향후「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표56-2】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술

① 약관에서 규정하는 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024. 1. 1시행)」 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨2]에 해당하는 아래의 수술을 말합니다.

내 용	수가코드
동맥관 우회로 조성술	OA640,OA641, OA647~OA649, O1640~O1641, O1643~O1649
심장 창상봉합술	O1660
동맥관개존폐쇄술	O1671, O1672
대동맥축착증수술	O1680
폐쇄식 승모판 교련 절개술	O1690
심혈관단락술	O1701, O1702
폐동맥결찰술	O1703, O1704
심방중격결손조성술	O1705
심방, 심실중격결손증수술	O1710, O1711, O1721~O1723
판막협착증수술	O1730, O1740, O1750, O1760
심방중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술	O1770
판막성형술	O1781~O1784
인공판막치환술	O1791~O1793, O1797
인공판막재치환술	O1794~O1796, O1798
비봉합 대동맥판막치환술	O1799
활로씨 4 증후군 근본수술	O1800
심실중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술	O1810
심내막상결손증 수술	O1821, O1822
좌심실류절제술	O1823
좌심실용적축소성형술	O1824
좌심실, 우심실 유출로 성형술	O1825, O1826
관상동맥 내막절제술	O1830
발살바동 동맥류파열수술	O1840
동정맥기형교정술	O1841
기타 복잡기형에 대한 심장수술	O1851, O1852
좌우폐동맥 성형술	O1861

기능적 단심실증 교정술	O1873, O1874
라스텔리 수술	O1875
총 폐정맥 환류이상증 수술	O1878
대혈관전위증 수술	O1879, O1881, O1882, O1883
심실 보조장치 치료술	O0881, O0882, O0883, O0886, O0887, O0888, O0889
인공심폐순환	O1890, O1891
개흉심장마사지	O1895
부분체외순환	O1901~O1902
체외순환막형산화요법	O1903~O1904, O1907
국소관류	O1910
대동맥내풍선펌프	O1921, O1922
심낭루조성술	O1931
심낭창형성술	O1932, O1935
심막절제술	O1940
폐동맥혈전제거술	O1950
대동맥-폐동맥 창 폐쇄술	O1960
심내이물제거술	O1970
심장종양제거술	O1981, O1982
심박기거치술	O2001, O2004, O2005, O2009, O0203~O0210, O0236, O0237, O0241~O0243
부정맥수술	O2006, O2007
심율동전환 제세동기거치술	O0211, O0212, O2211, O2212
동맥류 절제술	O0231, O2021, O2022, O2031~O2033
혈전제거술-심장	O0260
경피적 동맥관개존 폐쇄술	M6510
경피적 심방중격결손폐쇄술	OZ751
경피적 근성부 심실중격결손 폐쇄술	M6513
경피적 심방중격절개술	M6521, M6522
경피적 심장 판막성형술	M6531~M6533
부정맥의 고주파절제술 및 냉각절제술	M6541~M6543, M6546~M6548,

	M6550 및 M0651, M0657, M0658, M0661, M0662
경피적 관상동맥확장술	M6551,M6552, M6553,M6554
경피적 관상동맥스텐트삽입술	M6561~M6564, M6565~M6567
경피적 관상동맥죽상반절제술	M6571,M6572
경피적 대동맥판삽입	M6580,M6581, M6582
경피적 폐동맥판 삽입술	M6585
경피적 풍선혈관성형술	M6595~M6597
경피적 혈관내 금속스텐트삽입술	M6603~M6605
경피적 혈관내 스텐트-이식설치술	M6611~M6613
대동맥 혈관내 이식편 고정술	M6651, M6652
경피적 혈관내 죽종제거술	M6620
경피적 혈전제거술	M6632,M6634, M6638,M6639
혈관색전술	M6644
심장이식술	Q8080
심장 및 폐이식술	Q8103
디케이에스수술	O1853
관상동맥성형술	O1854
대동맥박리수술	O0232~O0234
대동맥근부수술	O0235
심장 재동기화 치료기 거치술	O2221~O2224

주) 향후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표56-3】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분

① 약관에서 규정하는 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분은 「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

주) 향후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표57】 급여 창상봉합술 분류표

약관에 규정하는 「창상봉합술치료(급여)」는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분 류	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
(2) 변연절제를 포함	
(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
나. 안면과 경부 이외	
(1) 단순봉합	
(가) 표재성인 것	

분 류		수가코드
	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	SC029
	주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 103.14점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm 증가될때마다 103.14점을 추가 가산한다.	SC030
	(나) 근육에 달하는 것	
	1)길이 2.5cm 미만	SC031
	2)길이 2.5cm 이상~5.0cm 미만	SC032
	3)길이 5.0cm 이상~10.0cm 미만	SC039
	주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 103.14점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm 증가될때마다 103.14점을 추가 가산한다.	SC040

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 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 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표58】 급여 안면부창상봉합술(3cm이상 또는 근육에 달하는 것) 분류표

약관에 규정하는 「창상봉합술」는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분 류			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
		(2) 변연절제를 포함	
		(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

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규

에서 정한 기준을 따릅니다.

3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 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 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표59】 급여 특정NGS유전자패널검사 분류표

약관에 규정하는 「급여 특정NGS유전자패널검사」로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대 상 치 료	수가코드
차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사-비유전성 유전자검사-고형암-Level Ⅰ	CB003
차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사-비유전성 유전자검사-고형암-Level Ⅱ	CB004
차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사-비유전성 유전자검사-혈액암-Level Ⅰ	CB005
차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사-비유전성 유전자검사-혈액암-Level Ⅱ	CB006

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 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 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표60-1】 중증질환자(암) 산정특례 대상질환 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
악성신생물(C00~C97)	C00~C97
제자리신생물(D00~D09)	D00~D09
수막의 양성신생물	D32
뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 양성신생물	D33
행동양식 불명 또는 미상의 신생물(D37~D48)	D37~D48

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

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.

【별표60-2】 중증질환자(암) 산정특례대상 분류표

① 약관에서 규정하는 「중증질환자(암) 산정특례대상」은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024. 1. 1시행)」 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

산정특례대상 및 적용기간	특정기호
(본인일부부담금 산정특례에관한 기준)제7조에 따라 산정특례 대상으로 등록된 암환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병(C00~C97, D00~D09, D32~D33, D37~D48)으로 진료를 받은 경우	V193

주) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자 암 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 「본인일부부담금산정특례에 관한 기준」에 따라 판단합니다.

【별표61】 상급종합병원 가정간호치료(급여) 분류표

약관에 규정하는 「상급종합병원 가정간호치료(급여)」는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

진료행위	수가코드
가정간호기본방문료[방문당] 가. 상급종합병원	AN200, 13200

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 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 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표62】 특정3대심장질환 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
인공소생에 성공한 심장정지	인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
부정맥	발작성 빈맥	I47
	심방세동 및 조동	I48
심부전	심부전	I50

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표63】 혈전용해치료(급여) 분류표

① 약관에 규정하는 「급여 혈전용해치료」는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분류번호	내 용	수가코드
정맥내 혈전용해술 관리료 급여항목 (가-31)	정맥내 혈전용해술 관리료-상급종합병원	AP506
	정맥내 혈전용해술 관리료-종합병원	AP606
	정맥내 혈전용해술 관리료-병원,치과병원,요양병원,한방병원	AP706
	정맥내 혈전용해술 관리료-의원,치과의원,보건의료원	AP806
경피적 혈전제거술 중 혈전용해술 급여항목(자-663-가)	경피적혈전제거술-혈전용해술-두개강내 혈관	M6630
	경피적혈전제거술-혈전용해술-두개강외 경부혈관	M6635
	경피적혈전제거술-혈전용해술-관상동맥	M6634
	경피적혈전제거술-혈전용해술-기타혈관	M6632

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 「급여 혈전용해치료」에 해당하는 수가코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

【별표64】 특정허혈성심질환 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 오래된 심근경색증	I25.2

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표65】 특정소액암 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
유방의 악성신생물(암)	C50
자궁경부의 악성신생물(암)	C53
자궁체부의 악성신생물(암)	C54
전립선의 악성신생물(암)	C61
방광의 악성신생물(암)	C67

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

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.

【별표66】 신통합암(전이포함)Ⅱ(유사암제외) 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
특정암Ⅱ (전이포함)	1. 피부의 악성 흑색종	C43
	2. 유방의 악성신생물(암)	C50
	3. 기타 및 부위불명의 악성 신생물(암)	C76
	4. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
	5. 진성 적혈구증가증	D45
	6. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
	7. 골수섬유증	D47.4
	8. 기타 명시된 부위의 이차성 악성 신생물(암)	C79.88
	9. 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)	C79.9
	10. 부위의 명시가 없는 악성 신생물(암)	C80
	11. 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)	C77
	12. 피부의 이차성 악성 신생물(암)	C79.2
	13. 유방의 이차성 악성 신생물(암)	C79.80
골및생식기관암 (전이포함)	1. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40~C41
	2. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51~C58
	3. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60~C63
	4. 골 및 골수의 이차성 악성 신생물(암)	C79.5
	5. 난소의 이차성 악성 신생물(암)	C79.6
	6. 생식기관의 이차성 악성 신생물(암)	C79.81
비뇨기관및특정 내분비선암 (전이포함)	1. 신우를 제외한 신장의 악성 신생물(암)	C64
	2. 신우의 악성 신생물(암)	C65
	3. 요관의 악성 신생물(암)	C66
	4. 방광의 악성 신생물(암)	C67
	5. 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물(암)	C68
	6. 부신의 악성 신생물(암)	C74
	7. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
	8. 신장 및 신우의 이차성 악성 신생물(암)	C79.0
	9. 방광과 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 이차성 악성 신생물(암)	C79.1
	10. 부신의 이차성 악성 신생물(암)	C79.7
2대부위암	1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00~C14
	2. 눈 및 부속기의 악성신생물(암)	C69
2대부위암Ⅲ (전이포함)	1. 식도의 악성 신생물(암)	C15
	2. 위의 악성 신생물(암)	C16
	3. 결장의 악성 신생물(암)	C18
	4. 직장구불결장접합부의 악성 신생물(암)	C19
	5. 직장의 악성 신생물(암)	C20
	6. 항문 및 항문관의 악성 신생물(암)	C21
	7. 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물(암)	C26
	8. 중피종	C45

	9. 카포시육종	C46
	10. 말초신경 및 자율신경계통의 악성 신생물(암)	C47
	11. 후복막 및 복막의 악성 신생물(암)	C48
	12. 기타 결합조직 및 연조직의 악성 신생물(암)	C49
	13. 대장 및 직장의 이차성 악성 신생물(암)	C78.5
	14. 후복막 및 복막의 이차성 악성 신생물(암)	C78.6
	15. 기타 및 상세불명의 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)	C78.8
특정소화기관암 (전이포함)	1. 소장의 악성 신생물(암)	C17
	2. 간 및 간내 담관의 악성 신생물(암)	C22
	3. 담낭의 악성 신생물(암)	C23
	4. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물(암)	C24
	5. 췌장의 악성 신생물(암)	C25
	6. 소장의 이차성 악성 신생물(암)	C78.4
	7. 간 및 간내 담관의 이차성 악성 신생물(암)	C78.7
2대부위암Ⅳ (전이포함)	1. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30~C39
	2. 수막의 악성 신생물(암)	C70
	3. 뇌의 악성 신생물(암)	C71
	4. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C72
	5. 폐의 이차성 악성신생물(암)	C78.0
	6. 종격의 이차성 악성신생물(암)	C78.1
	7. 흉막의 이차성 악성신생물(암)	C78.2
	8. 기타 및 상세불명의 호흡기관의 이차성 악성 신생물(암)	C78.3
	9. 뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물(암)	C79.3
	10. 신경계통의 기타 및 상세불명 부분의 이차성 악성 신생물(암)	C79.4
특정4대암	1. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81~C96
	2. 골수 형성이상 증후군	D46
	3. 만성 골수증식 질환	D47.1
	4. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표67】 신통합암(원발후전이포함)Ⅱ(유사암제외)(원발후전이) 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
특정암Ⅱ (원발후전이)	1. 기타 명시된 부위의 이차성 악성 신생물(암)	C79.88
	2. 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)	C79.9
	3. 부위의 명시가 없는 악성 신생물(암)	C80
	4. 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물(암)	C77
	5. 피부의 이차성 악성 신생물(암)	C79.2
	6. 유방의 이차성 악성 신생물(암)	C79.80
골및생식기관암 (원발후전이)	1. 골 및 골수의 이차성 악성 신생물(암)	C79.5
	2. 난소의 이차성 악성 신생물(암)	C79.6
	3. 생식기관의 이차성 악성 신생물(암)	C79.81
비뇨기관및특정 내분비선암 (원발후전이)	1. 신장 및 신우의 이차성 악성 신생물(암)	C79.0
	2. 방광과 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 이차성 악성 신생물(암)	C79.1
	3. 부신의 이차성 악성 신생물(암)	C79.7
2대부위암Ⅲ (원발후전이)	1. 대장 및 직장의 이차성 악성 신생물(암)	C78.5
	2. 후복막 및 복막의 이차성 악성 신생물(암)	C78.6
	3. 기타 및 상세불명의 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)	C78.8
특정소화기관암 (원발후전이)	1. 소장의 이차성 악성 신생물(암)	C78.4
	2. 간 및 간내 담관의 이차성 악성 신생물(암)	C78.7
2대부위암Ⅳ (원발후전이)	1. 폐의 이차성 악성신생물(암)	C78.0
	2. 종격의 이차성 악성신생물(암)	C78.1
	3. 흉막의 이차성 악성신생물(암)	C78.2
	4. 기타 및 상세불명의 호흡기관의 이차성 악성 신생물(암)	C78.3
	5. 뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물(암)	C79.3
	6. 신경계통의 기타 및 상세불명 부분의 이차성 악성 신생물(암)	C79.4

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표68】 전이암 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77
2. 호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78
3. 기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79
4. 부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표69】 특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 분류표

1. 아래「특정면역항암제」해당 의약품명 및 성분명은 2022년 5월 기준이며, 식품의약품 안전처의 신규 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험 가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의「특정면역항암제」해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
2. 식품의약품 안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다

작용기전 분류	성분명 (국문·영문)	의약품명(국문)
면역 관문 억제제	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)
항체 약물 중합체 항암 치료제	트라스투주맙엠탄신 trastuzumabemtansine	캐싸일라주100밀리그램 (트라스투주맙엠탄신)
		캐싸일라주160밀리그램 (트라스투주맙엠탄신)
	브렌툭시맙베도틴 brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌톡시맙베도틴)
	이노투주맙오조가마이신 inotuzumabozogamicin	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
	겜투주맙오조가마이신 gemtuzumabozogamicin	마일로탁주4.5mg
	폴라투주맙베도틴 PolatuzumabVedotin	폴라이비주

3. 성분명은「효능효과」를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
4. 의약품은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.

5. 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. 「특정면역항암제」 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

【별표70】 통합뇌질병 분류표

① 약관에 규정하는 통합뇌질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 통합뇌질병의 해당 여부를 판단합니다.

구분	대 상 이 되 는 질 병	분류번호
뇌전증	뇌전증	G40
	뇌전증지속상태	G41
일과성뇌허혈발작	척추-뇌기저동맥증후군	G45.0
	경동맥증후군(대뇌반구성)	G45.1
	다발성 및 양쪽 뇌전동맥증후군	G45.2
	일과성 흑암시	G45.3
	기타 일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군	G45.8
	상세불명의 일과성 뇌허혈발작	G45.9
뇌졸중II	거미막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두 개내 출혈	I62
	뇌경색증	I63
뇌혈관질환(협착증)	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
뇌혈관질환(뇌졸중제외)	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	기타 뇌혈관 질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
	뇌혈관질환의 후유증	I69

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표71】 통합심장질병 분류표

① 약관에 규정하는 통합심장질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 통합심장질병의 해당 여부를 판단합니다.

구분	대 상 이 되 는 질 병	분류번호
심근병증 (허혈성제외)	심근병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
심장판막협착증 (대동맥판막)	류마티스성 대동맥판협착	I06.0
	기능부전이 있는 류마티스성 대동맥판협착	I06.2
	대동맥판협착	I35.0
	기능부전을 동반한 대동맥판협착	I35.2
심장질환(특정Ⅰ)	급성 심근경색증	I21
	후속 심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
심장질환(특정Ⅱ)	협심증	I20
	기타 급성 허혈심장질환	I24
	만성 허혈심장병	I25
	급성 심장막염	I30
	심장막의 기타질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	급성 및 아급성 심내막염	I33
	상세불명 판막의 심내막염	I38
	급성 심근염	I40
	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	발작성 빈맥	I47
	심방세동 및 조동	I48
	심부전	I50
특정심혈관질환 (기타심장부정맥)	기타 심장부정맥	I49

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표72】 심부 바늘생검 조직병리진단(급여) 분류표

약관에 규정하는 「심부 바늘생검 조직병리진단(급여)」는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내 용	수가코드
침생검(심부)-복막	C8511
침생검(심부)-흉막	C8512
침생검(심부)-장기[편측]	C8513
침생검(심부)-심낭[EKG비용포함]	C8514
침생검(심부)-척수	C8515

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 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 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표73】 자궁 생검 조직병리진단(급여) 분류표

약관에 규정하는 「자궁 생검 조직병리진단(급여)」는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내 용	수가코드
자궁내막조직생검-구획소파생검	C8572
자궁내막조직생검-흡인생검	C8573
자궁내막조직생검-단순소파생검	C8574
자궁내막조직생검-자궁경내소파술	C8575
자궁경부착공생검	C8576

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 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 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표74】 갑상선 바늘생검 조직병리진단(급여) 분류표

약관에 규정하는 「갑상선 바늘생검 조직병리진단(급여)」는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내 용	수가코드
갑상선생검-침생검	C8591

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 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 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표75】 유방 바늘생검 조직병리진단(급여) 분류표

약관에 규정하는 「유방 바늘생검 조직병리진단(급여)」는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내 용	수가코드
유방생검[편측]-침생검	C8641

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 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 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표76】 전립선 바늘생검 조직병리진단(급여) 분류표

약관에 규정하는 「전립선 바늘생검 조직병리진단(급여)」는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내 용	수가코드
전립선생검-경피적	C8551

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 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 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표77】 신통합암(원발후전이포함)Ⅱ(유사암제외)(원발암) 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
특정암Ⅱ	1. 피부의 악성 흑색종	C43
	2. 유방의 악성신생물(암)	C50
	3. 기타 및 부위불명의 악성 신생물(암)	C76
	4. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물(암)	C97
	5. 진성 적혈구증가증	D45
	6. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
	7. 골수섬유증	D47.4
골및생식기관암	1. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40~C41
	2. 여성생식기관의 악성 신생물(암)	C51~C58
	3. 남성생식기관의 악성 신생물(암)	C60~C63
비뇨기관및특정내분비선암	1. 신우를 제외한 신장의 악성 신생물(암)	C64
	2. 신우의 악성 신생물(암)	C65
	3. 요관의 악성 신생물(암)	C66
	4. 방광의 악성 신생물(암)	C67
	5. 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물(암)	C68
	6. 부신의 악성 신생물(암)	C74
	7. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물(암)	C75
2대부위암Ⅲ	1. 식도의 악성 신생물(암)	C15
	2. 위의 악성 신생물(암)	C16
	3. 결장의 악성 신생물(암)	C18
	4. 직장구불결장접합부의 악성 신생물(암)	C19
	5. 직장의 악성 신생물(암)	C20
	6. 항문 및 항문관의 악성 신생물(암)	C21
	7. 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물(암)	C26
	8. 중피종	C45
	9. 카포시육종	C46
	10. 말초신경 및 자율신경계통의 악성 신생물(암)	C47
	11. 후복막 및 복막의 악성 신생물(암)	C48
	12. 기타 결합조직 및 연조직의 악성 신생물(암)	C49
특정소화기관암	1. 소장의 악성 신생물(암)	C17
	2. 간 및 간내 담관의 악성 신생물(암)	C22
	3. 담낭의 악성 신생물(암)	C23
	4. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물(암)	C24
	5. 췌장의 악성 신생물(암)	C25

2대부위암Ⅳ	1. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물(암)	C30~C39
	2. 수막의 악성 신생물(암)	C70
	3. 뇌의 악성 신생물(암)	C71
	4. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C72

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표78】 병기구분 불가암 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
상세불명의 인두의 악성신생물(암)	C14.0
발다이어고리의 악성신생물(암)	C14.2
입술, 구강 및 인두의 중복병변의 악성신생물(암)	C14.8
담도의 중복병변의 악성신생물(암)	C24.8
상세불명의 담도의 악성신생물(암)	C24.9
상세불명 부분의 장관의 악성신생물(암)	C26.0
비장의 악성신생물(암)	C26.1
소화계통의 중복병변의 악성신생물(암)	C26.8
소화계통내의 불명확한 부위의 악성신생물(암)	C26.9
중이의 악성신생물(암)	C30.1
전두동의 악성신생물(암)	C31.2
접형골동의 악성신생물(암)	C31.3
부비동의 중복병변의 악성신생물(암)	C31.8
상세불명의 부비동의 악성신생물(암)	C31.9
심장의 악성신생물(암)	C38.0
전종격의 악성신생물(암)	C38.1
후종격의 악성신생물(암)	C38.2
상세불명 부분의 종격의 악성신생물(암)	C38.3
흉막의 악성신생물(암)	C38.4
심장,종격 및 흉막의 중복병변의 악성신생물(암)	C38.8
머리, 얼굴 및 목의 말초신경의 악성신생물(암)	C47.0
어깨를 포함한 팔의 말초신경의 악성신생물(암)	C47.1
엉덩이를 포함한 다리의 말초신경의 악성신생물(암)	C47.2
흉부의 말초신경의 악성신생물(암)	C47.3
복부의 말초신경의 악성신생물(암)	C47.4
골반의 말초신경의 악성신생물(암)	C47.5
상세불명의 몸통의 말초신경의 악성신생물(암)	C47.6
말초신경 및 자율신경계통의 중복병변의 악성신생물(암)	C47.8
상세불명의 말초 신경 및 자율 신경계통의 악성신생물(암)	C47.9
머리, 얼굴 및 목의 결합조직 및 연조직의 악성신생물(암)	C49.0
어깨를 포함한 팔의 결합조직 및 연조직의 악성신생물(암)	C49.1
엉덩이를 포함한 다리의 결합조직 및 연조직의 악성신생물(암)	C49.2

흉부의 결합조직 및 연조직의 악성신생물(암)	C49.3
복부의 결합조직 및 연조직의 악성신생물(암)	C49.4
골반의 결합조직 및 연조직의 악성신생물(암)	C49.5
상세불명의 몸통의 결합조직 및 연조직의 악성신생물(암)	C49.6
결합조직 및 연조직의 중복병변의 악성신생물(암)	C49.8
상세불명의 결합조직 및 연조직의 악성신생물(암)	C49.9
넓은인대의 악성신생물(암)	C57.1
원인대의 악성신생물(암)	C57.2
자궁주위조직의 악성신생물(암)	C57.3
상세불명의 자궁부속기의 악성신생물(암)	C57.4
기타 명시된 여성생식기관의 악성신생물(암)	C57.7
여성생식기관의 중복병변의 악성신생물(암)	C57.8
상세불명의 여성생식기관의 악성신생물(암)	C57.9
부고환의 악성신생물(암)	C63.0
정삭의 악성신생물(암)	C63.1
기타 명시된 남성생식기관의 악성신생물(암)	C63.7
남성생식기관의 중복병변의 악성신생물(암)	C63.8
상세불명의 남성생식기관의 악성신생물(암)	C63.9
요도주위샘의 악성신생물(암)	C68.1
비뇨기관의 중복병변의 악성신생물(암)	C68.8
상세불명의 비뇨기관의 악성신생물(암)	C68.9
각막의 악성신생물(암)	C69.1
망막의 악성신생물(암)	C69.2
맥락막의 악성신생물(암)	C69.3
섬모체의 악성신생물(암)	C69.4
눈물샘 및 눈물관의 악성신생물(암)	C69.5
안와의 악성신생물(암)	C69.6
눈 및 부속기의 중복병변의 악성신생물(암)	C69.8
상세불명의 눈의 악성신생물(암)	C69.9
부갑상선의 악성신생물(암)	C75.0
뇌하수체의 악성신생물(암)	C75.1
두개인두관의 악성신생물(암)	C75.2
송과선의 악성신생물(암)	C75.3
경동맥소체의 악성신생물(암)	C75.4
대동맥소체 및 기타 부신경절의 악성신생물(암)	C75.5
상세불명의 다선성 침범의 악성신생물(암)	C75.8
상세불명의 내분비선의 악성신생물(암)	C75.9

머리,얼굴 및 목의 악성신생물(암)	C76.0
흉부의 악성신생물(암)	C76.1
복부의 악성신생물(암)	C76.2
골반의 악성신생물(암)	C76.3
팔의 악성신생물(암)	C76.4
다리의 악성신생물(암)	C76.5
기타 불명확한 부위의 악성신생물(암)	C76.7
기타 및 불명확한 부위의 중복병변의 악성신생물(암)	C76.8
독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
진성 적혈구증가증	D45
골수형성이상증후군	D46
고리철적혈모구가 없는 불응성 빈혈	D46.0
고리철적혈모구가 있는 불응성 빈혈	D46.1
모세포과잉의 불응성 빈혈	D46.2
상세불명의 불응성 빈혈	D46.4
다세포계 형성이상을 동반한 불응성 빈혈	D46.5
고립성 5q 결실 염색체이상을 동반한 골수형성이상증후군	D46.6
기타 골수형성이상증후군	D46.7
상세불명의 골수형성이상증후군	D46.9
본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
골수섬유증	D47.4

② 상기 질병이외의 “제3조(「1~3기암(병기구분불가암포함)」 및 「4기암」등의 정의 및 진단확정)” 제1항의 각 호에서 정한 방법에 의하여 병기구분이 안 되는 질병이 있는 경우, 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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.

【별표79】 전신마취 의료행위 분류표

약관에 규정하는 「전신마취치료(급여)」는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내 용		수가코드
기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취	마취관리기본[1시간 기준]	L1211
	마취유지	L1221
	마취유지(상급종합병원)	L1231
마스크에 의한 폐쇄순환식 전신마취	마취관리기본[1시간 기준]	L1212
	마취유지	L1222
	마취유지(상급종합병원)	L1232

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 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 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표80】 레보아이로봇 암수술 분류표

약관에 규정하는 「레보아이로봇 암수술」은 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내 용	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] -레보아이 기기 Revo-i	QZ966

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 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 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표81】 특정6대질병Ⅱ 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 바이러스결막염	B30
2. 맥립종 및 콩다래끼	H00
3. 결막염	H10
4. 외이염	H60
5. 귀통증 및 귀의 삼출액	H92
6. 티눈 및 굳은살	L84

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표82】 특정8대질병 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
1. 바이러스결막염		B30
2. 맥립종 및 콩다래끼		H00
3. 결막염		H10
4. 외이염		H60
5. 귀통증 및 귀의 삼출액		H92
6. 티눈 및 굳은살		L84
7. 용종	결장의 용종	K63.5
	결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물	D12
	(항문 및 항문관 제외)	(D12.9제외)
8. 백내장	노년성 백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타장애	H27

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표83】 순환계질환(특정질병 및 2대질병제외) 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
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
폐성심장병 및 폐순환의 질환	폐색전증	I26
	기타 폐성 심장질환	I27
	폐혈관의 기타 질환	I28
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
심근병증	심근병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
중증 방실차단	방실차단, 2도	I44.1
	완전방실차단	I44.2
	기타 및 상세불명의 심방실차단	I44.3
인공소생에 성공한 심장정지	인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
부정맥	발작성 빈맥	I47
	심방세동 및 조동	I48
	기타 심장부정맥	I49
심부전	심부전	I50
대동맥동맥류 및 박리	대동맥동맥류 및 박리	I71

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
특정 동맥혈관질환	기타 동맥류 및 박리	I72
	동맥색전증 및 혈전증	I74
	동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
문맥혈전증	문맥혈전증	I81
식도정맥류	식도정맥류	I85
	달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반하지 않은 식도정맥류	I98.2
	달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반한 식도정맥류	I98.3

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표84】 순환계질환(특정질병제외) 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
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
허혈성심질환	협심증	I20
	급성심근경색증	I21
	후속심근경색증	I22
	급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	기타 급성 허혈심장질환	I24
	만성 허혈심장병	I25
폐성심장병 및 폐순환의 질환	폐색전증	I26
	기타 폐성 심장질환	I27
	폐혈관의 기타 질환	I28
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
심근병증	심근병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
중증 방실차단	방실차단, 2도	I44.1
	완전방실차단	I44.2
	기타 및 상세불명의 심방실차단	I44.3
인공소생에 성공한 심장정지	인공소생에 성공한 심장정지	I46.0

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
부정맥	발작성 빈맥	I47
	심방세동 및 조동	I48
	기타 심장부정맥	I49
심부전	심부전	I50
뇌혈관질환	거미막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두 개내 출혈	I62
	뇌경색증	I63
	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 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 뇌혈관 장애	I68
	뇌혈관 질환의 후유증	I69
대동맥동맥류 및 박리	대동맥동맥류 및 박리	I71
특정 동맥혈관질환	기타 동맥류 및 박리	I72
	동맥색전증 및 혈전증	I74
	동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
문맥혈전증	문맥혈전증	I81
식도정맥류	식도정맥류	I85
	달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반하지 않은 식도정맥류	I98.2
	달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반한 식도정맥류	I98.3

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표85】 특정순환계질환Ⅱ 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
고혈압성 질환	본태성(원발성) 고혈압	I10
	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
기타 심장정지	급성 심장사로 기술된 것	I46.1
	상세불명의 심장정지	I46.9
심장병 합병증 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
특정 정맥혈관 질환	정맥염 및 혈전정맥염	I80
	기타 정맥의 색전증 및 혈전증	I82
	하지의 정맥류	I83
	기타 부위의 정맥류	I86
	정맥의 기타 장애	I87
림프절 질환	비특이성 림프절염	I88
	림프관 및 림프절의 기타 비감염성 장애	I89
저혈압	저혈압	I95

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
특정 순환계통의 기타장애	달리 분류되지 않은 순환계통의 처치후 장애	I97
	심혈관매독	I98.0
	달리 분류된 기타 감염성 및 기생충성 질환에서의 심혈관장애	I98.1
	달리 분류된 질환에서의 순환계통의 기타 명시된 장애	I98.8
	순환계통의 기타 및 상세불명의 장애	I99

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표86】 특정급여치료Ⅰ 대상 수가코드 분류표

① 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
부정맥의 냉각 절제술	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
부정맥의 고주파 절제술	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
	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
관상동맥 확장술	경피적관상동맥확장술-단일혈관	M6551
	경피적관상동맥확장술-추가혈관	M6552
	경피적관상동맥확장술-급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적관상동맥확장술[일차적중재술 등]	M6553
	경피적관상동맥확장술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적관상동맥확장술	M6554
관상동맥 스텐트 삽입술	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
	경피적관상동맥스텐트삽입술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적관상동맥스텐트삽입술(경피적관상동맥확장술및경피적관상동맥죽상반절제술과동시)	M6567
관상동맥 죽상반 절제술	경피적관상동맥죽상반절제술-단일혈관	M6571
	경피적관상동맥죽상반절제술-추가혈관	M6572
혈관 성형술	경피적풍선혈관성형술-대동맥	M6595
	경피적풍선혈관성형술-폐동맥	M6596
	경피적풍선혈관성형술-기타혈관	M6597
	혈관내죽종제거술[혈관성형술 포함]-복부동맥 또는 장골동맥	O2064
	혈관내죽종제거술[혈관성형술 포함]-기타	O2065
	혈관내죽종제거술[혈관성형술 포함]-복부동맥 또는 장골동맥-제거후 팻취이용하여봉합한경우	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
	혈관성형술(기타직접봉합)-대동맥교차감자(Cross-Clamping)동시실시	OB633
	혈관성형술(팻취이용-개흉에의함인조혈관이용)-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
혈관내 스텐트 삽입술	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 그래프트고정	M6652
혈전 제거술	경피적혈전제거술-혈전용해술[기타혈관]	M6632
	경피적혈전제거술-혈전용해술[관상동맥]	M6634
	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-기타)	O2056
	혈전제거술(심부정맥-흉부)	O2057
	혈전제거술(심부정맥-복부)	O2058
	혈전제거술(심부정맥-기타)	O2059

② 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.

【별표87】 특정급여치료Ⅱ 대상 수가코드 분류표

① 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
뇌정위적 방사선수술	뇌정위적방사선수술-감마나이프	HD113
	뇌정위적방사선수술-사이버나이프	HD114
	뇌정위적방사선수술-선형가속기	HD115
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
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
부정맥의 고주파 절제술	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
	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
관상동맥 확장술	경피적관상동맥확장술-단일혈관	M6551
	경피적관상동맥확장술-추가혈관	M6552
	경피적관상동맥확장술-급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적관상동맥확장술[일차적중재술 등]	M6553
	경피적관상동맥확장술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적관상동맥확장술	M6554
관상동맥 스텐트 삽입술	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
	경피적관상동맥스텐트삽입술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적관상동맥스텐트삽입술(경피적관상동맥확장술및경피적관상동맥죽상반절제술과동시)	M6567
관상동맥 죽상반 절제술	경피적관상동맥죽상반절제술-단일혈관	M6571
	경피적관상동맥죽상반절제술-추가혈관	M6572
혈관 성형술	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(내막박리술포함)[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
	혈관성형술(기타직접봉합)-대동맥교차감자(Cross-Clamping)동시실시	OB633
	혈관성형술(팻취이용-개흉에의함인조혈관이용)-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
혈관내 스텐트 삽입술	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 그래프트고정	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

② 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.

【별표88】 뇌졸중 혈전제거술(급여) 분류표

① 약관에 규정하는 뇌졸중 혈전제거술(급여)로 분류되는 진료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

구분	의료행위		의료행위 수가코드
혈전제거술	가. 동맥		
		(4) 기타	O2056
	나. 심부정맥		
		(4) 기타	O2059
경피적 혈전제거술	나. 기계적 혈전제거술[카테터법]		
		(1) 두개강내 혈관	M6636
		(2) 두개강외 경부혈관	M6637
		(3) 관상동맥	M6638
		(4) 기타혈관	M6639

【별표89】 특정허혈성심질환 혈전제거술(급여) 분류표

① 약관에 규정하는 특정허혈성심질환 혈전제거술(급여)로 분류되는 진료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

구분	의료행위		의료행위 수가코드
폐동맥 혈전제거술	폐동맥 혈전제거술		O1950
혈전제거술	다. 심장		O0260
경피적 혈전제거술	나. 기계적 혈전제거술[카테터법]		
		(1) 두개강내 혈관	M6636
		(2) 두개강외 경부혈관	M6637
		(3) 관상동맥	M6638
		(4) 기타혈관	M6639

【별표90】 급여촬영 분류표

약관에 규정하는 「급여촬영」으로 분류되는 의료행위는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

진료행위			수가코드
근골격계	견관절	일반	HE115
		조영제주입전·후 촬영판독	HE215
		중재적시술유도제2회부터	HE315
		제한적(방사선치료범위및위치결정등)	HE415
		3차원	HE515
	고관절	일반	HE118
		조영제주입전·후 촬영판독	HE218
		중재적시술유도제2회부터	HE318
		제한적(방사선치료범위및위치결정등)	HE418
		3차원	HE518
	관절외 상지	일반	HE122
		조영제주입전·후 촬영판독	HE222
		중재적시술유도제2회부터	HE322
		제한적(방사선치료범위및위치결정등)	HE422
		3차원	HE522
	관절외 하지	일반	HE123
		조영제주입전·후 촬영판독	HE223
		중재적시술유도제2회부터	HE323
		제한적(방사선치료범위및위치결정등)	HE423
		3차원	HE523
	관절조영		HE142
	발목 관절	일반	HE121
		조영제주입전·후 촬영판독	HE221
		중재적시술유도제2회부터	HE321
		제한적(방사선치료범위및위치결정등)	HE421
		3차원	HE521
	수관절	일반	HE117
		조영제주입전·후 촬영판독	HE217
		중재적시술유도제2회부터	HE317
		제한적(방사선치료범위및위치결정등)	HE417
		3차원	HE517
	슬관절	일반	HE120
		조영제주입전·후 촬영판독	HE220
		중재적시술유도제2회부터	HE320
		제한적(방사선치료범위및위치결정등)	HE420
		3차원	HE520
	주관절	일반	HE116
		조영제주입전·후 촬영판독	HE216
		중재적시술유도제2회부터	HE316
		제한적(방사선치료범위및위치결정등)	HE416

		3차원	HE516
	천장골 관절	일반	HE119
		조영제주입전·후 촬영판독	HE219
		중재적시술유도제2회부터	HE319
		제한적(방사선치료범위및위치결정등)	HE419
		3차원	HE519
척추	경추	일반	HI109
		조영제주입전·후 촬영판독	HI209
		중재적시술유도제2회부터	HI309
		제한적(방사선치료범위및위치결정등)	HI409
		3차원	HI509
	요천추	일반	HI111
		제한적(방사선치료범위및위치결정등)	HI411
		조영제주입전·후 촬영판독	HI211
		중재적시술유도제2회부터	HI311
		3차원	HI511
	전척추	일반-촬영료	HI113
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)	HI413
		중재적시술유도제2회부터	HI313
		3차원	HI513
	척추강	일반	HI112
		조영제주입전·후 촬영판독	HI212
		중재적시술유도제2회부터	HI312
		제한적(방사선치료범위및위치결정등)	HI412
		3차원	HI512
	흉추	일반	HI110
		조영제주입전·후 촬영판독	HI210
		중재적시술유도제2회부터	HI310
		제한적(방사선치료범위및위치결정등)	HI410
		3차원	HI510
혈관	사지 혈관	일반	HE139
		조영제주입전·후 촬영판독	HE239
		3차원	HE539
뇌		일반-촬영료 등	HI101
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI201
		중재적시술유도제2회부터-촬영료 등	HI301
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-촬영료 등	HI401
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI501
		일반-판독료	HJ101
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ201
		중재적시술유도제2회부터-판독료	HJ301
		제한적 MRI(방사선 치료병위 및 위치결정 등)-판독료	HJ401
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ501
		외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ601
		외부병원 필름 판독-전문의	HJ701

두경부	경부	일반-촬영료 등	HI108
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI208
		중재적시술유도제2회부터-촬영료 등	HI308
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-촬영료 등	HI408
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI508
		일반-판독료	HJ108
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ208
		중재적시술유도제2회부터-판독료	HJ308
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-판독료	HJ408
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ508
		외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ608
		외부병원 필름 판독-전문의	HJ708
	부비동	일반-촬영료 등	HI104
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI204
		중재적시술유도제2회부터-촬영료 등	HI304
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-촬영료 등	HI404
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI504
		일반-판독료	HJ104
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ204
		중재적시술유도제2회부터-판독료	HJ304
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-판독료	HJ404
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ504
		외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ604
		외부병원 필름 판독-전문의	HJ704
	안면	일반-촬영료 등	HI103
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI203
		중재적시술유도제2회부터-촬영료 등	HI303
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-촬영료 등	HI403
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI503
		일반-판독료	HJ103
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ203
		중재적시술유도제2회부터-판독료	HJ303
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-판독료	HJ403
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ503
		외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ603
		외부병원 필름 판독-전문의	HJ703
	안와	일반-촬영료 등	HI105
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI205
		중재적시술유도제2회부터-촬영료 등	HI305
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-촬영료 등	HI405
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI505
		일반-판독료	HJ105
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ205

		중재적시술유도제2회부터-판독료	HJ305
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-판독료	HJ405
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ505
		외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ605
		외부병원 필름 판독-전문의	HJ705
	측두골	일반-촬영료 등	HI106
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI206
		중재적시술유도제2회부터-촬영료 등	HI306
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-촬영료 등	HI406
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI506
		일반-판독료	HJ106
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ206
		중재적시술유도제2회부터-판독료	HJ306
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-판독료	HJ406
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ506
		외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ606
		외부병원 필름 판독-전문의	HJ706
	측두하 악관절	일반-촬영료 등	HI107
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI207
		중재적시술유도제2회부터-촬영료 등	HI307
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-촬영료 등	HI407
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI507
		일반-판독료	HJ107
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ207
		중재적시술유도제2회부터-판독료	HJ307
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-판독료	HJ407
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ507
		외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ607
		외부병원 필름 판독-전문의	HJ707
복부	간	일반-촬영료 등	HI132
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI232
		중재적시술유도제2회부터-촬영료 등	HI332
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-촬영료 등	HI432
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI532
		일반-판독료	HJ132
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ232
		중재적시술유도제2회부터-판독료	HJ332
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-판독료	HJ432
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ532
		외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ632
		외부병원 필름 판독-전문의	HJ732
	골반	일반-촬영료 등	HI128
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI228
		중재적시술유도제2회부터-촬영료 등	HI328

		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-촬영료 등	HI428
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI528
		일반-판독료	HJ128
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ228
		중재적시술유도제2회부터-판독료	HJ328
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-판독료	HJ428
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ528
		외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ628
		외부병원 필름 판독-전문의	HJ728
	담췌관	일반-촬영료 등	HI133
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI233
		중재적시술유도제2회부터-촬영료 등	HI333
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-촬영료 등	HI433
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI533
		일반-판독료	HJ133
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ233
		중재적시술유도제2회부터-판독료	HJ333
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-판독료	HJ433
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ533
		외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ633
		외부병원 필름 판독-전문의	HJ733
	복부	일반-촬영료 등	HI127
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI227
		중재적시술유도제2회부터-촬영료 등	HI327
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-촬영료 등	HI427
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI527
		일반-판독료	HJ127
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ227
		중재적시술유도제2회부터-판독료	HJ327
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-판독료	HJ427
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ527
		외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ627
		외부병원 필름 판독-전문의	HJ727
	신장 및 부신	일반-촬영료 등	HI130
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI230
		중재적시술유도제2회부터-촬영료 등	HI330
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-촬영료 등	HI430
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI530
		일반-판독료	HJ130
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ230
		중재적시술유도제2회부터-판독료	HJ330
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-판독료	HJ430
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ530
		외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ630

		외부병원 필름 판독-전문의	HJ730
	음낭 및 음경	일반-촬영료 등	HI131
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI231
		중재적시술유도제2회부터-촬영료 등	HI331
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-촬영료 등	HI431
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI531
		일반-판독료	HJ131
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ231
		중재적시술유도제2회부터-판독료	HJ331
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-판독료	HJ431
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ531
		외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ631
		외부병원 필름 판독-전문의	HJ731
	전립선	일반-촬영료 등	HI134
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI234
		중재적시술유도제2회부터-촬영료 등	HI334
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-촬영료 등	HI434
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI534
		일반-판독료	HJ134
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ234
		중재적시술유도제2회부터-판독료	HJ334
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-판독료	HJ434
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ534
		외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ634
		외부병원 필름 판독-전문의	HJ734
	췌장	일반-촬영료 등	HI129
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI229
		중재적시술유도제2회부터-촬영료 등	HI329
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-촬영료 등	HI429
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI529
		일반-판독료	HJ129
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ229
		중재적시술유도제2회부터-판독료	HJ329
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-판독료	HJ429
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ529
		외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ629
		외부병원 필름 판독-전문의	HJ729
심장		일반-촬영료 등	HI124
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI224
		중재적시술유도제2회부터-촬영료 등	HI324
		일반-판독료	HJ124
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ224
		중재적시술유도제2회부터-판독료	HJ324
		외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ624

		외부병원 필름 판독-전문의	HJ724
전신		일반-촬영료 등	HI141
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI241
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI541
		일반-판독료	HJ141
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ241
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ541
		외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ641
		외부병원 필름 판독-전문의	HJ741
혈관 [동맥 또는 정맥]	복부 혈관	일반-촬영료 등	HI138
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI238
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI538
		일반-판독료	HJ138
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ238
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ538
		외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ638
		외부병원 필름 판독-전문의	HJ738
	심혈관	일반-촬영료 등	HI140
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI240
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI540
		일반-판독료	HJ140
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ240
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ540
		외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ640
		외부병원 필름 판독-전문의	HJ740
	흉부 혈관	일반-촬영료 등	HI137
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI237
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI537
		일반-판독료	HJ137
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ237
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ537
		외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ637
		외부병원 필름 판독-전문의	HJ737
	경부 혈관	일반-촬영료 등	HI136
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI236
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI536
		일반-판독료	HJ136
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ236
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ536
		외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ636
		외부병원 필름 판독-전문의	HJ736
	뇌혈관	일반-촬영료 등	HI135
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI235

		3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI535
		일반-판독료	HJ135
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ235
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ535
		외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ635
		외부병원 필름 판독-전문의	HJ735
흉부	유방	일반-촬영료 등	HI126
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI226
		중재적시술유도제2회부터-촬영료 등	HI326
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-촬영료 등	HI426
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI526
		일반-판독료	HJ126
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ226
		중재적시술유도제2회부터-판독료	HJ326
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-판독료	HJ426
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ526
		외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ626
		외부병원 필름 판독-전문의	HJ726
	흉부	일반-촬영료 등	HI125
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI225
		중재적시술유도제2회부터-촬영료 등	HI325
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-촬영료 등	HI425
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI525
		일반-판독료	HJ125
		조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ225
		중재적시술유도제2회부터-판독료	HJ325
		제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-판독료	HJ425
		3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ525
		외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ625
		외부병원 필름 판독-전문의	HJ725
특수 자기 공명 영상 진단	확산		HF101
	관류[3차원자기공명영상포함]		HF102
	분광영상		HF103
	영화 [기본검사 및 3차원자기공명영상 포함]		HF104
	Dynamic [기본검사 포함]		HF105
	이중조영 [기본검사 포함]		HF106
	기능적 [기본검사 및 3차원자기공명영상 포함]		HF107
	확산-기본검사와동시실시		HF201
	관류[3차원자기공명영상포함]-기본검사와동시실시		HF202
	분광영상-기본검사와동시실시		HF203
	Dynamic-3차원		HF305
	이중조영-3차원		HF306

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 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 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표91】 CT검사(급여) 분류표

약관에 규정하는 「CT검사(급여)」으로 분류되는 의료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

<table>
<tr><th colspan="4">의료행위</th><th>수가코드</th></tr>
<tr><td colspan="4" rowspan="11">일반 전산화단층촬영진단
주 : 1. 생검 또는 중재적시술시 이용된 CT유도 비용은 각 항목의 조영제를 사용하지 않는 경우(흉부 및 복부는 조영제를 사용하지 않는 경우-기타의 경우) 소정점수에 의하여 산정한다.
다만, 중재적 시술시 이용한 C 유도 비용은 제 2회 시술부터 소정점수의 50%를 산정한다.</td><td>HA851</td></tr>
<tr><td>HA801</td></tr>
<tr><td>HA805</td></tr>
<tr><td>HA809</td></tr>
<tr><td>HA813</td></tr>
<tr><td>HA853</td></tr>
<tr><td>HA834</td></tr>
<tr><td>HA835</td></tr>
<tr><td>HA856</td></tr>
<tr><td>HA857</td></tr>
<tr><td>HA858</td></tr>
<tr><td>HA859</td></tr>
<tr><td rowspan="7">두부</td><td colspan="3">조영제를 사용하지 않는 경우</td><td>HA451</td></tr>
<tr><td colspan="3">조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함]</td><td>HA461</td></tr>
<tr><td rowspan="5">특수검사</td><td colspan="2">이중시기 또는 삼중시기</td><td>HA511</td></tr>
<tr><td colspan="2">삼차원 CT</td><td>HA521</td></tr>
<tr><td colspan="2">CT 혈관조영</td><td>HA531</td></tr>
<tr><td colspan="2">Cine CT</td><td>HA551</td></tr>
<tr><td colspan="2">뇌조 CT</td><td>HA561</td></tr>
<tr><td colspan="3">제한적 CT</td><td>HA441</td></tr>
<tr><td rowspan="12">안면 및 두개기저</td><td rowspan="7">안와</td><td colspan="2">조영제를 사용하지 않는 경우</td><td>HA401</td></tr>
<tr><td colspan="2">조영제를 사용하는 경우
[조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함]</td><td>HA402</td></tr>
<tr><td rowspan="3">특수검사</td><td>이중시기 또는 삼중시기</td><td>HA501</td></tr>
<tr><td>삼차원 CT</td><td>HA502</td></tr>
<tr><td>CT 혈관조영</td><td>HA503</td></tr>
<tr><td colspan="2">제한적 CT</td><td>HA404</td></tr>
<tr><td rowspan="5">부비동</td><td colspan="2">조영제를 사용하지 않는 경우</td><td>HA405</td></tr>
<tr><td colspan="2">조영제를 사용하는 경우
[조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함]</td><td>HA406</td></tr>
<tr><td rowspan="3">특수검사</td><td>이중시기 또는 삼중시기</td><td>HA504</td></tr>
<tr><td>삼차원 CT</td><td>HA505</td></tr>
<tr><td>CT 혈관조영</td><td>HA506</td></tr>
</table>

		제한적 CT		HA408
	측두골	조영제를 사용하지 않는 경우		HA409
		조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함]		HA410
		특수검사	이중시기 또는 삼중시기	HA507
			삼차원 CT	HA508
			CT 혈관조영	HA509
		제한적 CT		HA412
	기타	조영제를 사용하지 않는 경우		HA413
		조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함]		HA414
		특수검사	이중시기 또는 삼중시기	HA591
			삼차원 CT	HA592
			CT 혈관조영	HA593
			뇌조 CT	HA594
	제한적 CT			HA416
경부	조영제를 사용하지 않는 경우			HA453
	조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함]			HA463
	특수검사	이중시기 또는 삼중시기		HA513
		삼차원 CT		HA523
		CT 혈관조영		HA533
	제한적 CT			HA443
흉부	조영제를 사용하지 않는 경우	고해상력		HA424
		기타의 경우		HA434
	조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함]			HA464
	특수검사	이중시기 또는 삼중시기		HA514
		삼차원 CT		HA524
		CT 혈관조영		HA534
		Cine CT		HA554
	제한적 CT			HA444
복부	조영제를 사용하지 않는 경우	요로결석 의심		HA425
		기타의 경우		HA435
	조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함]			HA465
	특수검사	이중시기 또는 삼중시기		HA515
		삼차원 CT		HA525
		CT 혈관조영		HA535
	제한적 CT			HA445

척추	조영제를 사용하지 않는 경우 주 : “경추, 흉추, 요추 부위”를 동시 촬영하거나 “경추, 요추”를 동시 촬영한 경우에는 1,117.99점을 산정한다.		HA456
			HA459
	조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함] 주 : “경추, 흉추, 요추 부위”를 동시 촬영하거나 “경추, 요추”를 동시 촬영한 경우에는 1,614.14점을 산정한다.		HA466
			HA469
	특수검사 주: “경추, 흉추, 요추 부위”를 동시 촬영하거나 “경추, 요추”를 동시 촬영한 경우에는 1,790.76점을 산정한다.		HA519
			HA529
			HA539
		이중시기 또는 삼중시기	HA549
		삼차원 CT	HA516
		CT 혈관조영	HA526
		관절 관 또는 강내조영촬영	HA536
	제한적 CT 주 : “경추, 흉추, 요추 부위”를 동시 촬영하거나 “경추, 요추”를 동시 촬영한 경우에는 837.31점을 산정한다.		HA546
			HA446
			HA449
상지	조영제를 사용하지 않는 경우		HA457
	조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함]		HA467
	특수검사	이중시기 또는 삼중시기	HA517
		삼차원 CT	HA527
		CT 혈관조영	HA537
		관절강내조영촬영	HA547
		Cine CT	HA557
	제한적 CT		HA447
하지	조영제를 사용하지 않는 경우		HA458
	조영제를 사용하는 경우 [조영제 주입 전·후 촬영 판독 포함]		HA468
	특수검사	이중시기 또는 삼중시기	HA518
		삼차원 CT	HA528
		CT 혈관조영	HA538
		관절강내조영촬영	HA548
		Cine CT	HA558
	제한적 CT		HA448
Cone Beam 전산화단층영상진단	일반		HA496
	3차원 CT, 관절강내조영촬영		HA497

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 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 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표92】 골밀도검사(급여) 분류표

약관에 규정하는 「골밀도검사(급여)」는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

의료행위	수가코드
골밀도검사 [재료대 포함]	
가. 양방사선(광자) 골밀도검사	
(1) 1부위	HC341
(2) 2부위 이상	HC342
나. 정량적 전산화단층골밀도검사	
(1) QCT	HC343
(2) PQCT	HC346
다. 방사선흡수측정기 방식	HC345
라. 기타 방법에 의한 것	
[단광자 골밀도측정(SPA), 양방사선 말단 골밀도측정(PDEXA), 단에너지 골밀도측정(SXA), 초음파 골밀도측정(QUS)]	HC344

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 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 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표93】 부목치료(급여) 분류표

약관에 규정하는 「부목치료(급여)」는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

의료행위	수가코드
1. 부목-장상지(상완으로부터 수부까지)	T6151
2. 부목-단상지(전완으로부터 수부까지)	T6152
3. 부목-장하지(대퇴로부터 족부까지)	T6153
4. 부목-단하지(하퇴로부터 족부까지)	T6154
5. 부목-수지부	T6155

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 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 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표94】 상해특정치료(급여) 분류표

약관에 규정하는 「상해특정치료(급여)」는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

구분	의료행위	수가코드
상해특정치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)	요추천자[뇌척수압측정포함]	C8000
	경막하천자	C8005
	후두하대조천자,경지주막하천자	C8010
	관절천자[간단한검사또는관절액이동술포함][편측]	C8020
	골수천자	C8031
	흉막천자	C8040
	복수천자,복막천자	C8050
	심낭천자	C8060
	뇌실천자	C8070
	상악동천자[간단한액검사포함][편측]	C8080
	고실천자[편측]	C8090
	고실천자[편측]-내시경하에서실시한경우	C8091
	더글라스와천자[간단한액검사포함]	C8100
	방광천자	C8120
	음낭수종천자	C8130
	기타부위천자[림프절,피부등]	C8140
	골수천자생검[편측]	C8520
	개봉선원치료-기타방법[복막천자,흉강천자,관절천자등]	HD073
	부정맥의 냉각절제술-심방세동-냉각풍선절제술-중격천자	M0652
	부정맥의 냉각절제술-상심실성 부정맥-중격천자	M0653
	부정맥의 냉각절제술-심방세동-중격천자	M0655
	부정맥의 냉각절제술-방실결절 절제술, 히스속절제술-중격천자	M0656
	경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부-낭종]	M1771
	경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부-혈관기형]	M1772
	경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부이외-낭종]	M1773
	경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부이외-혈관기형]	M1774
	경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부-낭종]	M1775
	경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부-혈관기형]	M1776
	경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부이외-낭종]	M1777
	경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부이외-혈관기형]	M1778
	경피적기관카테터삽입및인공호흡[윤상갑상막천자를통한것]	M5830
	삼차원 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파절제술(심방세동)-중격천자	M6540
	부정맥의 고주파절제술(상심실성 부정맥)-중격천자	M6544
	부정맥의 고주파절제술(심방세동)-중격천자	M6545
	삼차원 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파절제술(상심실성부정맥)-중격천자	M6549
	부정맥의 고주파절제술(방실결절 절제술, 히스속절제술)-중	M6556

	격천자	
	경피경간담즙배액술[유도료별도산정]	M6670
	경피적배액관교환술	M6750
	낭종흡인요법[유도료별도산정]	M6850
	유주농양천자술	N0100
	근농양배농술(요장근농양)	N0841
	근농양배농술(둔근농양)	N0842
	근농양배농술(대퇴근농양)	N0843
	근농양배농술(기타근농양)	N0844
	추간판제거술-척추수핵용해술[방사선료포함]	N1495
	척추수핵흡인술[뉴크레오톰 이용 수핵제거등][방사선료포함]	N1496
	범발성폴립양성대절개및흡인술	O1233
	경피적확장기관절개술	O1301
	농흉세척[흉막강내주입포함]	O1502
	흉강삽관술(폐쇄식)	O1510
	종격동염배농술(비개흉식)	O1581
	타석절개술(단순적출)	Q2241
	인후농양절개술(경구강)	Q2251
	편도주위농양절개술또는흡인술	Q2320
	간농양(낭종)수술-개복에 의한 흡인 또는 주입술	Q7211
	역행성 담췌관 내시경 수술-담(췌)관배액술	Q7762
	경피적담관[낭]경이용시술[PTBDRoute또는T-Tube이용]-담관확장술(단순[카테터등이용확장만하는경우])	Q7771
	경피적담관[낭]경이용시술[PTBD또는T-Tube이용]-담석제거술(바스켓또는풍선카테터이용,기계적쇄석술시)	Q7773
	경피적담관[낭]경이용시술[PTBDRoute또는T-Tube이용]-담석제거술(전기수압식쇄석술시)	Q7774
	요도주위농양절개술	R3750
	포상기태제거술-흡인소파술에의한것	R4481
	자궁 내 태아 흉수 배액술[유도료 별도산정]-흉강천자	R4536
	절개술(안면또는경부,제1범위,1cm미만)	S0011
	절개술(안면또는경부,제1범위,1cm이상~2cm미만)	S0012
	절개술(안면또는경부,제1범위,2cm이상)	S0013
	중추신경계정위수술-생검,흡인,병소절제,혈종제거	S4756
	경피적척수낭종혹은공동흡인술	S4811
	척수강내약물주입펌프이식술-단순천자에의한시험적약물주입술	S4841
	유리체흡인술	S5050
	전방천자	S5080
	안검농양절개술	S5240
	맥립종절개술	S5400
	각막전부기질천자술[편측]	S5542
	골막하농양절개배액술	S5761
상해특정치료(신경차단술)(급여)	지주막하신경차단술	LA210
	경막외신경차단술(지속적차단)-피하터널식카테터삽입에의한	LA222

	방법-삽입당일[삽입료포함]	
	경막외신경차단술(지속적차단)-피하터널식카테터삽입에의한방법-삽입익일이후(1일당)	LA223
	경막외신경차단술(지속적차단)-피하매몰저장기펌프삽입술에의한방법-삽입당일[삽입료포함]	LA224
	경막외신경차단술(지속적차단)-피하매몰저장기펌프삽입술에의한방법-삽입익일이후(1일당)	LA225
	경막외신경차단술(지속적차단)-기타(비터널식카테터)에의한방법-삽입당일[삽입료포함]	LA226
	경막외신경차단술(지속적차단)-기타(비터널식카테터)에의한방법-삽입익일이후(1일당)	LA227
	경막외신경차단술(경막외패치술[혈액채취료포함])	LA228
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-안면신경	LA232
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-설인신경	LA233
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-접구개신경절	LA234
	내시경하접구개신경절차단술	LA235
	척수신경말초지차단술-대소후두신경	LA241
	척수신경말초지차단술-상후두신경	LA242
	척수신경말초지차단술-후두신경	LA243
	척수신경말초지차단술-횡격막신경	LA244
	척수신경말초지차단술-척추부신경	LA245
	척수신경말초지차단술-견갑신경	LA247
	척수신경말초지차단술-늑간신경	LA248
	척수신경말초지차단술-장골서혜신경	LA249
	척수신경총,신경근및신경절차단술-경신경총	LA251
	척수신경총,신경근및신경절차단술-요천골신경총	LA253
	교감신경총및신경절차단술-간단한것	LA261
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(복강신경총)	LA264
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(하장간막신경총)	LA265
	척수신경말초지차단술-장골하복신경	LA270
	척수신경말초지차단술-음부신경	LA271
	척수신경말초지차단술-좌골신경	LA272
	척수신경말초지차단술-폐쇄신경	LA273
	척수신경말초지차단술-대퇴신경	LA274
	척수신경말초지차단술-외측대퇴피신경	LA275
	척수신경말초지차단술-상박신경총	LA276
	경막외신경차단술-일회성차단(경추및흉추)	LA321
	경막외신경차단술-일회성차단(요추및천추)	LA323
	경막외신경차단술-일회성차단(미추)	LA324
	경막외신경차단술-경추간공차단(경추및흉추)	LA325
	경막외신경차단술-경추간공차단(요추및천추)	LA326
	경막외저장기펌프제거술	LA330
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-삼차신경절,상악신경,하악신경	LA340
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-안와상,안와하,턱끝,이개측두신경	LA341
	척수신경말초지차단술-액와신경	LA346

	척수신경말초지차단술-액와하부신경	LA347
	척수신경총,신경근및신경절차단술-방척추신경	LA352
	척수신경총,신경근및신경절차단술-미골	LA353
	척수신경총,신경근및신경절차단술-선택적신경근	LA354
	척수신경총,신경근및신경절차단술-척추후근신경절	LA355
	척수신경총,신경근및신경절차단술-척수회백신경교통지	LA356
	척수신경총,신경근및신경절차단술-척수신경후지	LA357
	척수신경총,신경근및신경절차단술-후지내측지	LA358
	척수신경총,신경근및신경절차단술-추간관절차단	LA359
	척수신경총,신경근및신경절차단술-천장관절차단	LA360
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(흉부교감신경절)	LA361
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(요부교감신경절)	LA362
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(상하복신경총)	LA366
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(외톨이신경절)	LA367
	전척추블록(기본[1시간기준])	LY051
	전척추블록(유지[1시간초과시15분당])	LY052
상해특정치료(화상처치)(급여)	화상처치-9%이하의범위[수족지,안면,경부,성기를포함하는경우]	N0011
	화상처치-9%이하의범위[수족지,안면,경부,성기를포함하지아니한경우]	N0012
	화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의경우-하지의1지,복부또는배부에준하는범위[10%~18%의범위]	N0053
	화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의경우-양하지또는동체(복부및배부)에준하는범위[19%~36%의범위]	N0054
	화상처치-전기화상의경우(근육,골격,인대의손상이포함된경우)	N0057
	화상처치-전기화상의경우(기타)	N0058
	화상처치-전기화상의경우(기타)화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의경우-상,하지또는양하지와복부또는배부에준하는범위[37~54%]	NA055
	화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의경우-전신대부분의범위[55%이상]	NA056
	화상처치-전기화상의경우(근육,골격,인대의손상이포함된경우)-섬광또는화염동반	NA057
	화상처치-전기화상의경우(기타)-섬광또는화염동반	NA058
상해특정치료(도수정복술)(급여)	늑골골절비관혈적정복술	N0531
	척추골절및탈구의도수정복술	N0630
	사지골절도수정복술[골반골,대퇴골]	N0641
	사지골절도수정복술[상완골,하퇴골]	N0642
	사지골절도수정복술[전완골]	N0643
	사지골절도수정복술[수근골,족근골]	N0644
	사지골절도수정복술[중수골,중족골,지골]	N0645
	관절탈구도수정복술(고관절)	N0761
	관절탈구도수정복술(어깨관절(견관절))	N0762
	관절탈구도수정복술(주관절,슬관절)	N0763
	관절탈구도수정복술(완관절,족관절,지관절)	N0764
	척추골절및탈구의도수정복술	N0765

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 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 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표95】 치매CDR척도검사 분류표

① 약관에서 규정하는 "CDR척도검사"는 “건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수" 제2부 (행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제2장 (검사료) 제3절(기능 검사료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 검사를 말합니다.

진료행위	수가코드
치매 척도 검사 Dementia Rating Scale	
나. CDR	F6222

【별표96】 저체온요법치료(급여) 분류표

약관에 규정하는 「저체온요법치료(급여)」는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

의료행위	수가코드
1. 치료적저체온요법(1일당)	M5970
2. 선택적 두부 저체온 요법	M5990
3. 선택적 두부 저체온 요법-처치일 다음날부터 1일당	M5991

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 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 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표97】 인공호흡기치료(12시간초과)(급여) 분류표

약관에 규정하는 「인공호흡기치료(12시간초과)(급여)」는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

의료행위	수가코드
1. 인공호흡[기관내삽관료별도]-12시간초과1일당	M5860
2. 인공호흡[기관내삽관료별도]-12시간초과1일당(신생아 중환자실에서 고빈도 진동 호흡모드 이용)	M0860

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 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 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표98】 양전자 단층촬영(PET) 검사(급여) 분류표

약관에 규정하는 「양전자 단층촬영(PET) 검사(급여)」는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내 용		수가코드
양전자방출단층촬영 PET (Positron Emission Tomography)	가. 토르소	HK010
	나. 심근	HK020
	다. 뇌	HK030
	라. 전신	HK040
	마. 부분	HK050
	바. 토르소 또는 전신촬영 후 재주사 없이 특정부위를 추가 촬영	HK060

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 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 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표99】 질병특정치료(급여) 분류표

약관에 규정하는 「질병특정치료(급여)」는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

구분	의료행위	수가코드
특정치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)	요추천자[뇌척수압측정포함]	C8000
	경막하천자	C8005
	후두하대조천자,경지주막하천자	C8010
	관절천자[간단한검사또는관절액이동술포함][편측]	C8020
	골수천자	C8031
	흉막천자	C8040
	복수천자,복막천자	C8050
	심낭천자	C8060
	뇌실천자	C8070
	상악동천자[간단한액검사포함][편측]	C8080
	고실천자[편측]	C8090
	고실천자[편측]-내시경하에서실시한경우	C8091
	더글라스와천자[간단한액검사포함]	C8100
	방광천자	C8120
	음낭수종천자	C8130
	기타부위천자[림프절,피부등]	C8140
	골수천자생검[편측]	C8520
	개봉선원치료-기타방법[복막천자,흉강천자,관절천자등]	HD073
	부정맥의 냉각절제술-심방세동-냉각풍선절제술-중격천자	M0652
	부정맥의 냉각절제술-상심실성 부정맥-중격천자	M0653
	부정맥의 냉각절제술-심방세동-중격천자	M0655
	부정맥의 냉각절제술-방실결절 절제술, 히스속절제술-중격천자	M0656
	경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부-낭종]	M1771
	경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부-혈관기형]	M1772
	경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부이외-낭종]	M1773
	경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부이외-혈관기형]	M1774
	경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부-낭종]	M1775
	경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부-혈관기형]	M1776
	경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부이외-낭종]	M1777
	경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부이외-혈관기형]	M1778
	경피적기관카테터삽입및인공호흡[윤상갑상막천자를통한것]	M5830
	삼차원 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파절제술(심방세동)-중격천자	M6540
	부정맥의 고주파절제술(상심실성 부정맥)-중격천자	M6544
	부정맥의 고주파절제술(심방세동)-중격천자	M6545
	삼차원 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파절제술(상심실성부정맥)-중격천자	M6549
	부정맥의 고주파절제술(방실결절 절제술, 히스속절제술)-중	M6556

	격천자	
	경피경간담즙배액술[유도료별도산정]	M6670
	경피적배액관교환술	M6750
	낭종흡인요법[유도료별도산정]	M6850
	유주농양천자술	N0100
	근농양배농술(요장근농양)	N0841
	근농양배농술(둔근농양)	N0842
	근농양배농술(대퇴근농양)	N0843
	근농양배농술(기타근농양)	N0844
	추간판제거술-척추수핵용해술[방사선료포함]	N1495
	척추수핵흡인술[뉴크레오톰 이용 수핵제거등][방사선료포함]	N1496
	범발성폴립양성대절개및흡인술	O1233
	경피적확장기관절개술	O1301
	농흉세척[흉막강내주입포함]	O1502
	흉강삽관술(폐쇄식)	O1510
	종격동염배농술(비개흉식)	O1581
	타석절개술(단순적출)	Q2241
	인후농양절개술(경구강)	Q2251
	편도주위농양절개술또는흡인술	Q2320
	간농양(낭종)수술-개복에 의한 흡인 또는 주입술	Q7211
	역행성 담췌관 내시경 수술-담(췌)관배액술	Q7762
	경피적담관[낭]경이용시술[PTBDRoute또는T-Tube이용]-담관확장술(단순[카테터등이용확장만하는경우])	Q7771
	경피적담관[낭]경이용시술[PTBD또는T-Tube이용]-담석제거술(바스켓또는풍선카테터이용,기계적쇄석술시)	Q7773
	경피적담관[낭]경이용시술[PTBDRoute또는T-Tube이용]-담석제거술(전기수압식쇄석술시)	Q7774
	요도주위농양절개술	R3750
	포상기태제거술-흡인소파술에의한것	R4481
	자궁 내 태아 흉수 배액술[유도료 별도산정]-흉강천자	R4536
	절개술(안면또는경부,제1범위,1cm미만)	S0011
	절개술(안면또는경부,제1범위,1cm이상~2cm미만)	S0012
	절개술(안면또는경부,제1범위,2cm이상)	S0013
	중추신경계정위수술-생검,흡인,병소절제,혈종제거	S4756
	경피적척수낭종혹은공동흡인술	S4811
	척수강내약물주입펌프이식술-단순천자에의한시험적약물주입술	S4841
	유리체흡인술	S5050
	전방천자	S5080
	안검농양절개술	S5240
	맥립종절개술	S5400
	각막전부기질천자술[편측]	S5542
	골막하농양절개배액술	S5761
특정치료(신경차단술)(급여)	지주막하신경차단술	LA210
	경막외신경차단술(지속적차단)-피하터널식카테터삽입에의한	LA222

	방법-삽입당일[삽입료포함]	
	경막외신경차단술(지속적차단)-피하터널식카테터삽입에의한방법-삽입익일이후(1일당)	LA223
	경막외신경차단술(지속적차단)-피하매몰저장기펌프삽입술에의한방법-삽입당일[삽입료포함]	LA224
	경막외신경차단술(지속적차단)-피하매몰저장기펌프삽입술에의한방법-삽입익일이후(1일당)	LA225
	경막외신경차단술(지속적차단)-기타(비터널식카테터)에의한방법-삽입당일[삽입료포함]	LA226
	경막외신경차단술(지속적차단)-기타(비터널식카테터)에의한방법-삽입익일이후(1일당)	LA227
	경막외신경차단술(경막외패치술[혈액채취료포함])	LA228
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-안면신경	LA232
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-설인신경	LA233
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-접구개신경절	LA234
	내시경하접구개신경절차단술	LA235
	척수신경말초지차단술-대소후두신경	LA241
	척수신경말초지차단술-상후두신경	LA242
	척수신경말초지차단술-후두신경	LA243
	척수신경말초지차단술-횡격막신경	LA244
	척수신경말초지차단술-척추부신경	LA245
	척수신경말초지차단술-견갑신경	LA247
	척수신경말초지차단술-늑간신경	LA248
	척수신경말초지차단술-장골서혜신경	LA249
	척수신경총,신경근및신경절차단술-경신경총	LA251
	척수신경총,신경근및신경절차단술-요천골신경총	LA253
	교감신경총및신경절차단술-간단한것	LA261
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(복강신경총)	LA264
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(하장간막신경총)	LA265
	척수신경말초지차단술-장골하복신경	LA270
	척수신경말초지차단술-음부신경	LA271
	척수신경말초지차단술-좌골신경	LA272
	척수신경말초지차단술-폐쇄신경	LA273
	척수신경말초지차단술-대퇴신경	LA274
	척수신경말초지차단술-외측대퇴피신경	LA275
	척수신경말초지차단술-상박신경총	LA276
	경막외신경차단술-일회성차단(경추및흉추)	LA321
	경막외신경차단술-일회성차단(요추및천추)	LA323
	경막외신경차단술-일회성차단(미추)	LA324
	경막외신경차단술-경추간공차단(경추및흉추)	LA325
	경막외신경차단술-경추간공차단(요추및천추)	LA326
	경막외저장기펌프제거술	LA330
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-삼차신경절,상악신경,하악신경	LA340
	뇌신경및뇌신경말초지차단술-안와상,안와하,턱끝,이개측두신경	LA341
	척수신경말초지차단술-액와신경	LA346

	척수신경말초지차단술-액와하부신경	LA347
	척수신경총,신경근및신경절차단술-방척추신경	LA352
	척수신경총,신경근및신경절차단술-미골	LA353
	척수신경총,신경근및신경절차단술-선택적신경근	LA354
	척수신경총,신경근및신경절차단술-척추후근신경절	LA355
	척수신경총,신경근및신경절차단술-척수회백신경교통지	LA356
	척수신경총,신경근및신경절차단술-척수신경후지	LA357
	척수신경총,신경근및신경절차단술-후지내측지	LA358
	척수신경총,신경근및신경절차단술-추간관절차단	LA359
	척수신경총,신경근및신경절차단술-천장관절차단	LA360
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(흉부교감신경절)	LA361
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(요부교감신경절)	LA362
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(상하복신경총)	LA366
	교감신경총및신경절차단술-복잡한것(외톨이신경절)	LA367
	전척추블록(기본[1시간기준])	LY051
	전척추블록(유지[1시간초과시15분당])	LY052
특정치료(도수정복술)(급여)	늑골골절비관혈적정복술	N0531
	척추골절및탈구의도수정복술	N0630
	사지골절도수정복술[골반골,대퇴골]	N0641
	사지골절도수정복술[상완골,하퇴골]	N0642
	사지골절도수정복술[전완골]	N0643
	사지골절도수정복술[수근골,족근골]	N0644
	사지골절도수정복술[중수골,중족골,지골]	N0645
	관절탈구도수정복술(고관절)	N0761
	관절탈구도수정복술(어깨관절(견관절))	N0762
	관절탈구도수정복술(주관절,슬관절)	N0763
	관절탈구도수정복술(완관절,족관절,지관절)	N0764
	척추골절및탈구의도수정복술	N0765

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 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 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표100】 알츠하이머치매 분류표

약관에 규정하는 “치매로 진단확정되다.”는 것은 다음의 1.과 2.에 모두 해당되는 “치매”임을 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의해서 진단확정 받는 경우를 말합니다.

1. 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 1.에 의한 기질성장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한 번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

① 약관에서 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 알츠하이머병에서의 치매	F00
2. 알츠하이머병	G30

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표101】 치매 분류표

약관에 규정하는 “치매로 진단확정되다.”는 것은 다음의 1.과 2.에 모두 해당되는 “치매”임을 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의해서 진단확정 받는 경우를 말합니다.

1. 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 1.에 의한 기질성장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한 번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

① 약관에서 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 규정하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 알츠하이머병에서의 치매	F00
2. 혈관성 치매	F01
3. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02
4. 상세불명의 치매	F03
5. 치매에 병발된 섬망	F05.1
6. 알츠하이머병	G30

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표102】 혈관성 치매 분류표

약관에 규정하는 “치매로 진단확정되다.”는 것은 다음의 1.과 2.에 모두 해당되는 “치매”임을 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의해서 진단확정 받는 경우를 말합니다.

1. 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 1.에 의한 기질성장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한 번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

① 약관에서 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 혈관성 치매	F01

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표103】 순환계질환(특정질병제외) 중 뇌혈관질환 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
뇌혈관질환	거미막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두 개내 출혈	I62
	뇌경색증	I63
	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 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 뇌혈관 장애	I68
	뇌혈관 질환의 후유증	I69

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표104】 순환계질환(특정질병제외) 중 심혈관및기타질환 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
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
허혈성심질환	협심증	I20
	급성심근경색증	I21
	후속심근경색증	I22
	급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	기타 급성 허혈심장질환	I24
	만성 허혈심장병	I25
폐성심장병 및 폐순환의 질환	폐색전증	I26
	기타 폐성 심장질환	I27
	폐혈관의 기타 질환	I28
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
심근병증	심근병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
중증 방실차단	방실차단, 2도	I44.1
	완전방실차단	I44.2
	기타 및 상세불명의 심방실차단	I44.3
인공소생에 성공한 심장정지	인공소생에 성공한 심장정지	I46.0

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
부정맥	발작성 빈맥	I47
	심방세동 및 조동	I48
	기타 심장부정맥	I49
심부전	심부전	I50
대동맥동맥류 및 박리	대동맥동맥류 및 박리	I71
특정 동맥혈관질환	기타 동맥류 및 박리	I72
	동맥색전증 및 혈전증	I74
	동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
문맥혈전증	문맥혈전증	I81
식도정맥류	식도정맥류	I85
	달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반하지 않은 식도정맥류	I98.2
	달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반한 식도정맥류	I98.3

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표105】 MRI/PET/CT 검사(급여) 분류표

약관에 규정하는 「MRI/PET/CT 검사(급여)」은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

구분	진료행위	수가코드
CT 검사	일반전산화단층영상진단-두부-제한적 CT	HA441
	일반전산화단층영상진단-두부-조영제를사용하지않는경우	HA451
	일반전산화단층영상진단-두부-조영제를사용하는경우	HA461
	일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-이중시기 또는 삼중시기	HA511
	일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-삼차원	HA521
	일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-CT 혈관조영	HA531
	일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-Cine CT	HA551
	일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-뇌조 CT	HA561
MRI 검사	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-제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-촬영료 등	HI401
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI501
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI535
PET 검사	양전자방출단층촬영-뇌	HK030

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 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 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표106】 만성폐질환 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
단순성및점액화농성만성기관지염	J41
상세불명의만성기관지염	J42
폐기종	J43
기타만성폐쇄성폐질환	J44
기관지확장증	J47
외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
성인호흡곤란증후군	J80
폐부종	J81
기타 간질성 폐질환	J84
달리 분류되지 않은 호흡부전	J96

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표107】 급여 관절경검사 분류표

① 약관에 규정하는 급여 관절경검사로 분류되는 의료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

진료행위	수가코드
관절경검사	E7500
관절경검사-고관절부위를실시한 경우	E7501

② 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 수가코드가 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표108】 주요관절손상 분류표

① 약관에 규정하는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 상 병		분류번호
주요관절(팔꿈치,손목,발목)	척골 상단의 상세불명 부분의 골절	S52.09
	팔꿈치의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S53
	아래팔 부위의 기타 신근 및 힘줄의 손상	S56.5
	아래팔 부위의 다발성 근육 및 힘줄의 손상	S56.7
	팔꿈치의 으깸손상	S57.0
	팔꿈치 부위의 외상성 절단	S58.0
	손 주상골의 골절	S62.0
	기타 수근골의 골절	S62.1
	제1중수골의 골절	S62.2
	기타 중수골의 골절	S62.3
	중수골의 다발골절	S62.4
	손목 및 손의 기타 및 상세불명 부분의 골절	S62.8
	손목의 탈구	S63.0
	손목 및 수근골 인대의 외상성 파열	S63.3
	손목의 측부 인대의 외상성 파열	S63.3
	요골수근골(인대)의 외상성 파열	S63.3
	척골수근골(손바닥) 인대의 외상성 파열	S63.3
	중수지골 및 지골간 관절에서 손가락인대의 외상성 파열	S63.4
	중수지골 및 지골간 관절에서 측부인대의 외상성 파열	S63.4
	중수지골 및 지골간 관절에서 손바닥쪽 인대의 외상성 파열	S63.4
	중수지골 및 지골간 관절에서 손바닥판 인대의 외상성 파열	S63.4
	손목의 염좌 및 긴장	S63.5
	손목 및 손의 기타 및 상세불명 부분의 으깸손상	S67.8
	손목 및 손의 기타 부분을 동반한 손가락(부분)의 복합성 외상성 절단	S68.3
	손목 및 손 부위의 외상성 절단	S68.4
	손목 및 손의 기타 부분의 외상성 절단	S68.8
	손목 및 손의 상세불명 부위의 외상성 절단	S68.9
	내측복사의 골절	S82.5
	외측복사의 골절	S82.6
	아래다리의 다발골절	S82.7
	아래다리의 기타부분의 골절	S82.8
	발목관절의 탈구	S93.0
	거골의 탈구	S93.0
	비골, 하단의 탈구	S93.0
	거골의 탈구	S93.0
	경골, 하단의 탈구	S93.0
	발목 및 발 부위의 인대의 파열	S93.2
	발의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S93.3
	발목의 염좌 및 긴장	S93.4
	발의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장	S93.6

	족근(인대)의 염좌 및 긴장	S93.6
	족근골중족골(인대)의 염좌 및 긴장	S93.6
	발목의 으깸손상	S97.0
	발목부위의 발의 외상성 절단	S98.0
주요관절 (어깨 ,무릎)	견갑골의 골절	S42.1
	쇄골, 견갑골 및 상완골의 다발골절	S42.7
	견갑대의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S43
	어깨 및 위팔 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S46
	어깨의 으깸손상	S47
	어깨관절의 외상성 절단	S48.0
	무릎뼈의 골절	S82.0
	무릎의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S83
	아킬레스힘줄의 손상	S86.0
	무릎의 으깸손상	S87.0
주요관절 (고관절)	대퇴골의 골절	S72
	고관절의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S73
	대퇴사두근의 근육 및 힘줄의 손상	S76.1
	엉덩이 및 대퇴의 으깸손상	S77
	엉덩이 및 대퇴의 외상성절단	S78

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
3. 대상상병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

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.

【별표109】 급여 주요관절손상수술치료 대상 수가코드 분류표

약관에 규정하는 「급여 주요관절손상수술치료 대상 수가코드」는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분 류	수가코드
급성화농성관절염절개술(고관절)	N0680,N0681
급성화농성관절염절개술(견관절,슬관절)	N0684,N0687
급성화농성관절염절개술(주관절,완관절,족관절)	N0685,N0688
자가유래연골세포이식술-채취술[관절경검사 포함]	N0691
자가유래연골세포이식술-이식술-골막 이용	N0692
자가골연골이식술	N0693,N0695
자가유래연골세포이식술-이식술-피브린글루 이용	N0694
대퇴과 연골손상에 대한 생체재료 사용 개량 미세골절술	N0696
사지관절절제술[활막절제를포함]-견관절	N0700,N0709
사지관절절제술[활막절제를포함]-고관절	N0701,N0706
사지관절절제술[활막절제를포함]-주관절,완관절,족관절	N0703,N0708
사지관절절제술[활막절제를포함]-슬관절	N0710,N0718
인공관절치환술-전치환[고관절]	N0711,N2070
인공관절치환술-부분치환술[고관절]	N0715,N2710
인공관절재치환술-전치환[고관절]	N1711,N1721,N3710
인공관절재치환술-부분치환[고관절]	N1715,N1725
인공관절치환술-전치환[견관절]	N2071,N2076
인공관절치환술-전치환[슬관절]	N2072,N2077
인공관절치환술-전치환[주관절]	N2073,N2078
인공관절치환술-전치환[완관절]	N2074
인공관절치환술-전치환[족관절]	N2075,N2079
인공관절치환술-부분치환술[견관절]	N2711,N2716
인공관절치환술-부분치환술[슬관절]	N2712,N2717
인공관절치환술-부분치환술[주관절]	N2713,N2718
인공관절치환술-부분치환술[완관절]	N2714
인공관절치환술-부분치환술[족관절]	N2715,N2719
인공관절재치환술-전치환[견관절]	N3711,N3716
인공관절재치환술-전치환[슬관절]	N3712,N3717
인공관절재치환술-전치환[주관절]	N3713,N3718
인공관절재치환술-전치환[완관절]	N3714
인공관절재치환술-전치환[족관절]	N3715,N3719
인공관절재치환술-전치환[고관절]-복잡-인공관절삽입물의제거를동시에실시한경우	N3720
인공관절재치환술-전치환[견관절]-인공관절삽입물의제거를동시에실시한경우	N3721,N3726
인공관절재치환술-전치환[슬관절]-인공관절삽입물의제거를동시에실시한경우	N3722,N3727
인공관절재치환술-전치환[주관절]-인공관절삽입물의제거를동시에실시한경우	N3723,N3728

인공관절재치환술-전치환[완관절]-인공관절삽입물의제거를동시에실시한경우	N3724
인공관절재치환술-전치환[족관절]-인공관절삽입물의제거를동시에실시한경우	N3725,N3729
인공관절재치환술-부분치환[고관절]	N4710
인공관절재치환술-부분치환[견관절]	N4711,N4716
인공관절재치환술-부분치환[슬관절]	N4712,N4717
인공관절재치환술-부분치환[주관절]	N4713,N4718
인공관절재치환술-부분치환[완관절]	N4714
인공관절재치환술-부분치환[족관절]	N4715,N4719
인공관절재치환술-부분치환[고관절]-복잡-인공관절삽입물의제거를동시에실시한경우	N4720
인공관절재치환술-부분치환[견관절]	N4721,N4726
인공관절재치환술-부분치환[슬관절]-인공관절삽입물의제거를동시에실시한경우	N4722,N4727
인공관절재치환술-부분치환[주관절]-인공관절삽입물의제거를동시에실시한경우	N4723,N4728
인공관절재치환술-부분치환[완관절]-인공관절삽입물의제거를동시에실시한경우	N4724
인공관절재치환술-부분치환[족관절]	N4725,N4729
절제관절성형술[고관절]	N0721
절제관절성형술[견관절,슬관절,주관절,완관절,족관절]	N0722
절제관절성형술[지관절]	N0723
관절고정술[고관절]	N0731
관절고정술[주관절,완관절,족관절]	N0733,N0736
관절고정술-족관절에 삼중관절고정술을 실시한 경우	N0735,N0737
관절고정술-견관절	N0738
관절고정술-슬관절	N0739
관절탈구 관혈적정복술(고관절)	N0751
관절탈구 관혈적정복술(견관절)	N0752
관절탈구 관혈적정복술(주관절)	N0753
관절탈구 관혈적정복술(슬관절)	N0754
관절탈구 관혈적정복술(완관절,족관절)	N0755
반월상연골봉합술(내측 또는 외측)	N0823,N0828
반월상연골봉합술(내외측 동시)	N0824,N0829
반월상연골이식술	N0825,N0820
반월판연골절제술(내측 또는 외측)	N0821,N0826
반월판연골절제술(내외측 동시)	N0822,N0827
십자인대성형술	N0880,N0881
십자인대접합술	N0890
아킬레스건 재건술	N0920
아킬레스건 연장술	N0921
건및인대성형술-간단한것[절제,봉합,박리]	N0931
건및인대성형술-복잡한것[이식,이전,교환,인공건성형]	N0932

건및인대성형술-간단한것-근에 대한 봉합술,이식술,이행술,교환술을 실시한 경우	N0933
건및인대성형술-복잡한것-근에 대한 봉합술,이식술,이행술,교환술을 실시한 경우	N0934
견봉성형술	N0935
견봉성형술 및 회전근개파열복원술(일차봉합술)	N0936
견봉성형술 및 회전근개파열복원술(근 및 건성형이 동반된 경우)	N0937,N0938

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 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 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표110】 관절질환 분류표

① 약관에 규정하는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 감염성 관절병증	M00~M03
2. 염증성 다발관절병증	M05~M14
- 류마티스폐질환(M05.1)	J99.0*
3. 관절증	M15~19
4. 기타 관절장애	M20~M25
5. 전신홍반루푸스	M32
6. 피부다발근염	M33
7. 전신경화증	M34
8. 어깨병변	M75
9. 연골병증	M91~M94

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표111】 6대인공관절치환수술 대상질환 분류표

① 약관에 규정하는 상병 및 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병 및 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 및 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 상 병 및 질 병	분류번호
1. 손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과	S00-T98
2. 감염성 관절병증	M00-M03
3. 염증성 다발관절병증	M05-M14
4. 관절증	M15-M19
5. 기타 관절장애	M20-M25
6. 전신결합조직장애	M30-M36
7. 변형성 등병증	M40-M43
8. 척추병증	M45-M49
9. 기타 등병증	M50-M54
10. 근육 장애	M60-M63
11. 윤활막 및 힘줄장애	M65-M68
12. 기타 연조직장애	M70-M79
13. 골밀도 및 구조장애	M80-M85
14. 기타 골병증	M86-M90
15. 연골병증	M91-M94
16. 근골격계통 및 결합조직의 기타 장애	M95-M99

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 상병 및 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
3. 대상상병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 상병 및 질병 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 및 질병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병 및 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 및 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표112】 근골격계통 및 결합조직의 질환 분류표

① 약관에서 규정하는 '근골격계통 및 결합조직의 질환 분류표'로 분류되는 질병은 제9차개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 감염성 관절병증	M00-M03
2. 염증성 다발관절병증	M05-M14
3. 관절증	M15-M19
4. 기타 관절장애	M20-M25
5. 전신결합조직장애	M30-M36
6. 변형성 등병증	M40-M43
7. 척추병증	M45-M49
8. 기타 등병증	M50-M54
9. 근육 장애	M60-M63
10. 윤활막 및 힘줄장애	M65-M68
11. 기타 연조직장애	M70-M79
12. 골밀도 및 구조장애	M80-M85
13. 기타 골병증	M86-M90
14. 연골병증	M91-M94
15. 근골격계통 및 결합조직의 기타 장애	M95-M99

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표113】 무릎관절증 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 무릎관절증	M17
2. 현존 무릎관절연골의 찢김	S83.3

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표114】 무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료제 해당 의약품명 및 성분명

① 아래「무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료제」해당 의약품명 및 성분명은 2026년 9월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료이므로, 처방된 의약품의「무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료제」해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

② 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명 및 성분명을 검색하시면「무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료제」에 해당하는 의약품명을 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.
  「무릎관절연골손상(중증) 특정줄기세포치료제」해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

성분명(국문,영문)	의약품명 (국문,영문)
동종 제대혈 유래 중간엽 줄기세포 Allogenic Umbilical Cord Blood derived Mesenchymal Stem Cells	카티스템 CARTISTEM

주)「동종 제대혈 유래 중간엽 줄기세포」라 함은 타인의 제대혈에서 추출하고 배양한 줄기세포를 말하며, 환자자신의 골수나 지방조직 등에서 추출하고 배양한 자가유래 중간엽 줄기세포는 해당되지 않습니다.

【별표115】 7대희귀난치성질환 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

구분	대 상 이 되 는 질 병	분류번호
재생불량성빈혈	후천성 순수적혈구 무형성[적모구감소증] 기타 무형성 빈혈	D60 D61
운동신경세포병	운동신경세포병	G12.2
다발경화증	다발경화증	G35
파킨슨병	파킨슨병	G20
심근질환	확장성심근병증	I42.0
	폐색성 비대성 심근병증	I42.1
	기타 비대성 심근병증	I42.2
	심내막심근(호산구성)병	I42.3
	기타 제한성 심근병증	I42.5
모야모야병	모야모야병	I67.5
전신홍반루푸스	전신홍반루푸스	M32

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표116】 녹내장 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 원발성 개방우각녹내장	H40.1
2. 원발성 폐쇄우각녹내장	H40.2
3. 녹외상에 따른 이차성 녹내장	H40.3
4. 눈염증에 따른 이차성 녹내장	H40.4
5. 기타 눈장애에 따른 이차성 녹내장	H40.5
6. 약물에 의한 이차성 녹내장	H40.6
7. 기타 녹내장	H40.8
8. 상세불명의 녹내장	H40.9
9. 달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표117】 특정망막질환 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 망막박리 및 망막열공	H33
2. 황반 및 후극부의 변성	H35.3
3. 망막층의 분리	H35.7

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표118】 뇌전증 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
뇌전증	G40
뇌전증지속상태	G41

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표119】 특정갑상선기능저하증(선천성 제외) 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
무증상 요오드결핍성 갑상선기능저하증	E02
의약품 및 기타 외인성 물질에 의한 갑상선기능저하증	E03.2
감염후 갑상선기능저하증	E03.3
갑상선의 위축(후천성)	E03.4
점액부종혼수	E03.5
기타 명시된 갑상선기능저하증	E03.8
상세불명의 갑상선기능저하증	E03.9
자가면역성 갑상선염	E06.3

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표120】 항암방사선치료후 5대합병증 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 폐렴	
- 달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
- 폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
- 인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
- 달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
- 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
- 달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
- 거대세포바이러스폐렴	B25.0
- 폐렴이 합병된 홍역	B05.2
- 수두폐렴	B01.2
- 폐톡소포자충증	B58.3
- 폐포자충증	B48.5
- 상세불명 병원체의 폐렴	J18
- 방사선에 의한 급성 폐증상	J70.0
- 방사선에 의한 만성 및 기타 폐증상	J70.1
2. 뇌부종	
- 뇌부종	G93.6
- 방사선조사후 뇌병증	G93.81
3. 골괴사	
- 골괴사	M87
- 달리 분류된 기타 질환에서의 골괴사	M90.5
- 턱의 염증성 병태	K10.2
4. 방사선장염	
- 방사선에 의한 위장염 및 결장염	K52.0
- 방사선직장염	K62.7
5. 방사선방광염	N30.4

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표121】 항암방사선치료후 4대합병증 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 방사선피부염	
- 방사선피부염	L58
- 방사선에 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59
2. 처치후 갑상선기능저하증	E89.0
3. 처치후 뇌하수체기능저하증	E89.3
4. 기타 명시된 다발신경병증	G62.8

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표122】 천식지속상태 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
천식지속상태	J46

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표123】 만성 신장질환 분류표

① 약관에 규정하는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
만성신장병	N18

1. 제10차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

특별약관 색인

(0) 11대특정암진단비 특별약관 213
2대질병주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관 924
2대질병주요치료비(치료별 연간1회한) 특별약관 1168
2대질병주요치료비(치료별 연간1회한)(감액없음)(10년후10배보장) 특별약관 940
2대질병주요치료비(치료별 연간1회한)(감액없음)(10년후10배보장)(통합간편가입형) 특별약관 934
2대질병주요치료비(치료별 연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 1162
3대질병 상급종합병원통원비(연간30회한) 특별약관 319
3대질병 종합병원 통원비(연간30회한) 특별약관 510
3대질병 통원비(연간30회한) 특별약관 505
5대골절수술비 특별약관 103
5대골절진단비 특별약관 103
5대기관질병수술비 II 특별약관 294
5대기관질병수술비 II (통합간편가입형) 특별약관 292
5대질병진단비(보험금증가형) 특별약관 651
8대기관 양성신생물(용종포함)수술비(연간1회한) 특별약관 422
8대기관 양성신생물(용종포함)수술비(연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 419
(ㄱ) 가입 후 무사고 고객 계약전환 특별약관 1530
가정간호치료비(급여_연간20회한) 특별약관 1413
가정간호치료비(급여_연간20회한)(통합간편가입형) 특별약관 1411
가족일상생활중배상책임Ⅳ 특별약관 1501
간경변증(CP B이상)진단비 특별약관 441
간병인사용 상해질병입원비(상급종합병원)(연간180일한도) 특별약관 1463
간병인사용 상해질병입원비(상급종합병원)(연간180일한도)(통합간편가입형) 특별약관 1459
간병인사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(1일당8시간이상)(연간181일이상)(통합간편가입형) 특별약관 1473
간병인사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(1일당8시간이상)(연간181일이상) 특별약관 1477
간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간180일한도) 특별약관 1447
간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간180일한도)(통합간편가입형) 특별약관 1444
간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간181일이상) 특별약관 1484
간병인사용 상해질병입원비(요양병원)(연간181일이상)(통합간편가입형) 특별약관 1481
간병인사용 상해질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(연간180일한도) 특별약관 1440
간병인사용 상해질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(연간180일한도)(통합간편가입형) 특별약관 1436
간병인사용 상해질병입원비(종합병원)(연간180일한도) 특별약관 1455
간병인사용 상해질병입원비(종합병원)(연간180일한도)(통합간편가입형) 특별약관 1450
간병인사용 일반상해입원비(상급종합병원)(1일-180일) 특별약관 176
간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일-180일) 특별약관 137
간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일) 특별약관 133
간병인사용 일반상해입원비(종합병원)(1일-180일) 특별약관 172
간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상) 특별약관 161
간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상) 특별약관 156
간병인사용 질병입원비(상급종합병원)(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 536
간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 765
간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 754

간병인사용 질병입원비(종합병원)(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 1175
간병인사용 질병입원비 II (상급종합병원)(1일-180일) 특별약관 541
간병인사용 질병입원비 II (요양병원)(1일-180일) 특별약관 770
간병인사용 질병입원비 II (요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일-180일) 특별약관 760
간병인사용 질병입원비 II (종합병원)(1일-180일)특별약관 1179
간병인사용 질병입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상)(통합간편가입형) 특별약관 896
간병인사용 질병입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상)(통합간편가입형) 특별약관 884
간병인사용 질병입원지원비 II (요양병원)(간병인비용연간200만원이상) 특별약관 902
간병인사용 질병입원지원비 II (요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상) 특별약관 890
간호 · 간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(연간181일이상)(통합간편가입형) 특별약관 1487
간호 · 간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(연간181일이상) 특별약관 1491
간호 · 간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양병원제외)(연간180일한도) 특별약관 1470
간호 · 간병통합서비스사용 상해질병입원비(요양병원제외)(연간180일한도)(통합간편가입형) 특별약관 1467
간호 · 간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-180일) 특별약관 141
간호 · 간병통합서비스사용 질병입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 774
간호 · 간병통합서비스사용 질병입원비 II (1일-180일) 특별약관 777
갑상선 바늘생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한) 특별약관 801
갑상선암호르몬약물허가치료비(갱신형_10년) 특별약관 343
갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관 1510
고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(특정부인과질환)(최초1회한)(갱신형_10년) 특별약관 388
고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(특정부인과질환)(최초1회한)(통합간편가입형)(갱신형_10년) 특별약관 386
골절수술비 특별약관 96
골절수술비(1~5급)(연간1회한) 특별약관 98
골절진단비(치아파절 제외) 특별약관 93
골절진단비(치아파절 제외)(1~5급)(연간1회한) 특별약관 94
근골격계 통합치료비 특별약관 1428
근골격계 통합치료비(통합간편가입형) 특별약관 1419
급성신우신염진단비(감액없음) 특별약관 485
급성심근경색증진단비 II 특별약관 241
깁스치료비 특별약관 1319
(ㄴ) 뇌 · 내장상해 수술비 특별약관 89
뇌졸중진단비 II 특별약관 255
뇌출혈 및 급성심근경색증수술비 특별약관 252
뇌출혈진단비 특별약관 240
뇌혈관질환수술비 II 특별약관 262
뇌혈관질환수술비 II (통합간편가입형) 특별약관 259
뇌혈관질환입원비(1일-180일) 특별약관 404
뇌혈관질환입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 402
뇌혈관질환진단비 II 특별약관 287
(ㄷ) 다빈치및레보아이로봇 암수술비(최초1회한)(갱신형_10년) 특별약관 397
대상포진눈병진단비 특별약관 298
대상포진진단비 특별약관 297
(ㅁ) 말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비(최초1회한) 특별약관 270
(ㅂ) 배상책임관련 공통약관 1495
백내장진단비 특별약관 361

보장보험료 납입면제 특별약관 1523
보험금대리청구인 지정서비스 특별약관 1520
보험료 자동납입 특별약관 1519
보험료 페이백(유사암진단) 특별약관 1298
보험료납입면제대상보장(3대질병진단 및 상해질병후유장해80%이상) 특별약관 1315
보험료납입지원보장 II (유사암진단) 특별약관 745
비급여 암주요치료(전액본인부담포함) 생활비 특별약관 695
비급여 암주요치료비(전액본인부담포함)(치료별) 특별약관 1019
비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한) 특별약관 1207
비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한,진단후10년) 특별약관 1118
비급여 암주요치료비(전액본인부담포함,연간1회한,한도이연형) 특별약관 1261
비급여 항암약물치료비(전액본인부담포함,연간1회한,진단후10년) 특별약관 1130
(ㅅ) 상급종합병원 1인실(특실포함) 일반상해입원비(1일-30일) 특별약관 148
상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)(통합간편가입형) 특별약관 794
상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일) II 특별약관 798
상급종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일-30일) 특별약관 168
상급종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)(통합간편가입형) 특별약관 914
상급종합병원 2~3인실 질병입원비 II (1일-30일) 특별약관 917
상급종합병원 가정간호치료비(급여_연간20회한) 특별약관 1417
상급종합병원 가정간호치료비(급여_연간20회한)(통합간편가입형) 특별약관 1415
상급종합병원 상해수술비 특별약관 152
상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비 II (연간주요치료 2회및3회이상) (통합간편가입형) 특별약관 1184
상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비 II (연간주요치료 2회및3회이상) 특별약관 1189
상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,한도이연형) 특별약관 645
상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,한도이연형)(통합간편가입형) 특별약관 638
상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III(치료별) 특별약관 1201
상급종합병원 순환계질환(특정질병제외) 주요치료비III(치료별)(통합간편가입형) 특별약관 1195
상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일) 특별약관 126
상급종합병원 질병수술비(통합간편가입형) 특별약관 850
상급종합병원 질병수술비(특정6대질병 II 제외)(통합간편가입형) 특별약관 1064
상급종합병원 질병수술비(특정6대질병 II 제외) II 특별약관 1067
상급종합병원 질병수술비 II 특별약관 852
상급종합병원 질병입원비(1일-120일)(통합간편가입형) 특별약관 500
상급종합병원 질병입원비(1일-120일) II 특별약관 503
상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비(유사암)(연간1회한,진단후10년) 특별약관 1076
상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비(유사암제외) (연간1회한,진단후10년) 특별약관 1070
상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비 II (유사암) (연간1회한,진단후10년) 특별약관 839
상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비 II (유사암)(치료별 연간1회한) 특별약관 716
상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비 II (유사암제외) (연간1회한,진단후10년) 특별약관 672
상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비 II (유사암제외)(치료별 연간1회한) 특별약관 1226
상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비IV(유사암)(치료별) 특별약관 1146
상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암주요치료비IV(유사암제외)(치료별) 특별약관 1135

상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료(유사암) 생활비 (연간주요치료 2회및3회이상) 특별약관 738
상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료(유사암제외) 생활비 (연간주요치료 2회및3회이상) 특별약관 730
상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비Ⅴ(유사암)(연간1회한,한도이연형) 특별약관 1254
상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비Ⅴ(유사암제외)(연간1회한,한도이연형) 특별약관 1246
상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비Ⅵ(유사암)(연간1회한,한도이연형) 특별약관 1291
상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비Ⅵ(유사암제외)(연간1회한,한도이연형) 특별약관 1283
상해1~5종수술동반입원비 특별약관 107
상해1~5종수술비(1사고당) 특별약관 111
상해1~5종수술비Ⅱ 특별약관 91
상해1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한) 특별약관 114
상해수술비 특별약관 87
상해수술비(치아파절 및 치아탈구제외) 특별약관 171
상해재활치료비(급여_연간20회한) 특별약관 144
상해중환자실입원비(1일-180일) 특별약관 86
상해통합치료비(실속형/기본형/고급형) 특별약관 179
상해흉터복원수술비 특별약관 120
상해흉터복원수술비(안면부) 특별약관 121
선지급서비스 특별약관 1517
순환계질환(특정질병 및 2대질병제외) 주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관 1094
순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비Ⅱ(연간주요치료 2회및3회이상) 특별약관 1053
순환계질환(특정질병제외) 주요치료 생활비Ⅱ(연간주요치료 2회및3회이상)(통합간편가입형) 특별약관 1048
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한) 특별약관 1113
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한)(감액없음)(10년후10배보장) (통합간편가입형) 특별약관 1124
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한)(감액없음)(10년후10배보장) 특별약관 1127
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 1109
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,진단후10년) 특별약관 1104
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,한도이연형) 특별약관 632
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한,한도이연형)(통합간편가입형) 특별약관 626
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅲ(치료별)(통합간편가입형) 특별약관 661
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅲ(치료별)특별약관 666
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅴ(치료별) 특별약관 878
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅴ(치료별)(통합간편가입형) 특별약관 872
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅶ(치료별 연간1회한) 특별약관 531
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비Ⅶ(치료별 연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 526
순환계질환(특정질병제외) 진단 및 치료비 특별약관 823
순환계질환(특정질병제외) 진단 및 치료비(통합간편가입형) 특별약관 817
순환계질환진단비(특정질병 및 2대질병제외) 특별약관 256
순환계질환진단비(특정질병제외) 특별약관 300
스텐트삽입술치료비Ⅱ(급여_연간1회한) 특별약관 413
스텐트삽입술치료비Ⅱ(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 411
신142대특정질병수술비Ⅱ 특별약관 369
신142대특정질병수술비Ⅱ(통합간편가입형) 특별약관 362
신70대특정질병수술비 특별약관 277
신70대특정질병수술비(통합간편가입형) 특별약관 273

신재진단암진단비 II (기타피부암,갑상선암 및 전립선암 포함, 5회한) 특별약관 325
신통합암(원발후전이포함)진단비 II (유사암제외) 특별약관 810
신통합암(전이포함)진단비 II (유사암제외) 특별약관 688
신통합항암방사선약물치료비 II (유사암제외) 특별약관 701
신화상진단비 특별약관 106
심부 바늘생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한) 특별약관 784
심장부정맥 고주파 · 냉각절제술(급여_연간1회한) 특별약관 383
심장부정맥 고주파 · 냉각절제술(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 381
(ㅇ) 아나필락시스진단비(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관 113
암 · 순환계질환 원케어치료비(실속형/고급형)(갱신형_20년) 특별약관 464
암 · 순환계질환 원케어치료비(실속형/고급형)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관 444
암수술비(유사암제외) 특별약관 232
암수술비(유사암제외)(최초1회한) 특별약관 229
암주요치료(유사암) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상) 특별약관 1042
암주요치료(유사암제외) 생활비(연간주요치료 2회및3회이상) 특별약관 1036
암주요치료비(유사암)(연간1회한,진단후10년) 특별약관 834
암주요치료비(유사암제외)(연간1회한,진단후10년) 특별약관 828
암주요치료비 II (유사암)(연간1회한,진단후10년) 특별약관 1099
암주요치료비 II (유사암)(치료별 연간1회한) 특별약관 1220
암주요치료비 II (유사암제외)(연간1회한,진단후10년) 특별약관 1087
암주요치료비 II (유사암제외)(치료별 연간1회한) 특별약관 1213
암주요치료비Ⅳ(유사암)(치료별) 특별약관 1082
암주요치료비Ⅳ(유사암제외)(치료별) 특별약관 605
암주요치료비 V (유사암)(연간1회한,한도이연형) 특별약관 1240
암주요치료비 V (유사암제외)(연간1회한,한도이연형) 특별약관 1232
암주요치료비Ⅵ(유사암)(연간1회한,한도이연형) 특별약관 1276
암주요치료비Ⅵ(유사암제외)(연간1회한,한도이연형) 특별약관 1268
암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한) 특별약관 315
암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일) 특별약관 222
암진단 및 치료비(실속형/고급형) 특별약관 865
암진단(유사암제외)정기검진비(10년)(6개월지급형) 특별약관 807
암진단비(유사암제외) 특별약관 209
암진단비(유사암제외)(5년간매월지급) 특별약관 708
암진단비(유사암제외)(5회지급형) 특별약관 1025
암진단정기검진비(10년)(6개월지급형) 특별약관 711
암후유장해(3~100%) 특별약관 615
열번보장받는 통합진단비Ⅲ(기본형/고급형)(갱신형_20년) 특별약관 1300
요로결석진단비 특별약관 439
요실금수술비(급여_연간1회한) 특별약관 426
요실금수술비(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 424
요양병원 암입원비(1일-90일) 특별약관 225
원격지암직접치료통원 임시거주비(1일당10만원한도) 특별약관 1505
유방 바늘생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한) 특별약관 803
유사암수술비 특별약관 235
유사암진단비 특별약관 211
유사암진단비Ⅲ 특별약관 290
응급실내원비(응급) 특별약관 1320
이륜자동차 운전중(탑승포함)상해 부담보 특별약관 1519

일반상해입원비(1일-180일) 특별약관 85
일반상해입원비(1일-20일) 특별약관 105
일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(181일이상) 특별약관 154
일반상해후유장해(20~100%) 특별약관 83
일반상해후유장해(3~100%) 특별약관 131
일반상해후유장해(80%이상) 특별약관 82
(ㅈ) 자궁 생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한) 특별약관 786
장애인전용보험 전환 특별약관 1527
재진단암Ⅲ진단비(갱신형_20년) 특별약관 215
전립선 바늘생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한) 특별약관 805
전신마취암수술비 특별약관 855
전신마취암수술비(6시간이상)(단독가입용) 특별약관 920
전이암진단비 특별약관 713
전자서명 특별약관 1529
종합병원 1인실(특실포함) 일반상해입원비(1일-30일) 특별약관 145
종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)(통합간편가입형) 특별약관 788
종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비(1일-30일)Ⅱ 특별약관 791
종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일-30일) 특별약관 166
종합병원 2~3인실 질병입원비(1일-30일)(통합간편가입형) 특별약관 908
종합병원 2~3인실 질병입원비Ⅱ(1일-30일) 특별약관 911
종합병원 상해수술비 특별약관 150
종합병원 일반상해입원비(1일-180일) 특별약관 123
종합병원 질병수술비Ⅱ 특별약관 847
종합병원 질병입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관 494
종합병원 질병입원비(1일-180일)Ⅱ 특별약관 497
종합병원 특정질환 로봇수술비(연간1회한)(갱신형_5년) 특별약관 394
종합병원 특정질환 로봇수술비(연간1회한)(통합간편가입형)(갱신형_5년) 특별약관 391
주요심장염증질환진단비 특별약관 385
중증갑상선암진단비 특별약관 486
중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장Ⅱ(연간1회한) 특별약관 1321
중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장 특별약관 684
중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상보장 특별약관 519
중증질환자(심장) 산정특례대상보장Ⅱ(연간1회한) 특별약관 1324
중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(감액없음) 특별약관 679
질병1~5종수술동반입원비Ⅲ(통합간편가입형) 특별약관 243
질병1~5종수술동반입원비Ⅳ 특별약관 248
질병1~5종수술비Ⅱ(동일질병당)(1년미만50%감액지급) 특별약관 285
질병1~5종수술비Ⅱ(동일질병당)(통합간편가입형) 특별약관 282
질병1~5종수술비Ⅳ(1년미만50%감액지급) 특별약관 751
질병1~5종수술비Ⅳ(통합간편가입형) 특별약관 748
질병1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한) 특별약관 434
질병1~8종수술비(급여,시술포함,연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관 428
질병사망 특별약관 192
질병수술비(1년미만50%감액지급) 특별약관 206
질병수술비(통합간편가입형) 특별약관 204
질병수술비(특정6대질병Ⅱ제외)(통합간편가입형) 특별약관 929
질병수술비(특정6대질병Ⅱ제외)Ⅱ 특별약관 932
질병수술비(특정8대질병제외)(통합간편가입형) 특별약관 1059

	질병수술비(특정8대질병제외) II 특별약관	1062
	질병수술비 II 특별약관	1033
	질병수술비 II (통합간편가입형) 특별약관	1031
	질병입원비(1일-180일) 특별약관	198
	질병입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관	196
	질병입원비(1일-20일) 특별약관	314
	질병입원비(1일-20일)(통합간편가입형) 특별약관	312
	질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(181일이상)(통합간편가입형) 특별약관	860
	질병입원비 II (요양,정신,한방병원제외)(181일이상) 특별약관	862
	질병재활치료비(급여_연간20회한)(통합간편가입형) 특별약관	780
	질병재활치료비 II (급여_연간20회한) 특별약관	782
	질병중환자실입원비(1일-180일) 특별약관	201
	질병중환자실입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관	199
	질병통합치료비(실속형/기본형/고급형) 특별약관	554
	질병통합치료비(실속형/기본형/고급형)(통합간편가입형) 특별약관	545
	질병후유장해(20~100%) 특별약관	194
	질병후유장해(3~100%) 특별약관	524
	질병후유장해(80%이상) 특별약관	193
(ㅊ)	창상봉합술치료비(급여,안면부,연간3회한) 특별약관	129
	창상봉합술치료비(급여,연간3회한) 특별약관	128
	체외충격파쇄석술치료비(급여_연간1회한) 특별약관	418
	체외충격파쇄석술치료비(급여_연간1회한)(통합간편가입형) 특별약관	416
	치매통합치료보장 II (간편가입)(갱신형_20년) 특별약관	577
	치매통합치료보장 II (갱신형_20년) 특별약관	591
(ㅋ)	카티(CAR-T) 항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관	488
	크론병 및 궤양성대장염진단비 특별약관	442
(ㅌ)	통풍진단비 특별약관	299
	통합 뇌질병진단비 II 특별약관	726
	통합 심장질병진단비 II 특별약관	728
	특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수 특별약관	1515
	특정3대심장질환진단비 특별약관	612
	특정NGS유전자패널검사지원비(급여_연간1회한) 특별약관	516
	특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관	721
	특정순환계질환수술비 특별약관	378
	특정심혈관질환(기타심장부정맥)진단비 II 특별약관	376
	특정심혈관질환(기타심장부정맥제외)진단비 II 특별약관	375
	특정패혈증진단비 특별약관	484
	표적치매약물허가치료 중 MRI 검사지원비(3회한)(갱신형_20년) 특별약관	572
	표적치매약물허가치료비(최경증치매 · 경증알츠하이머치매)(치료당,36회한)(갱신형_20년) 특별약관	568
	표적치매약물허가치료비 II (최경증치매 · 경증알츠하이머치매)(갱신형_20년) 특별약관	563
	표적항암약물허가치료비 II (갱신형_10년) 특별약관	302
	표적항암약물허가치료비 II (기타피부암 및 갑상선암 이외의 암)(갱신형_10년) 특별약관	307
	표적항암약물허가치료비 II (연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관	333
	플래티넘 건강 리셋월렛(3대질병고액치료,간병및상급병실입원)(갱신형_20년) 특별약관	963
	플래티넘 건강 리셋월렛(3대질병고액치료,간병및상급병실입원)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관	945
	플래티넘 건강 리셋월렛(3대질병고액치료,간병및상급병실입원,상해사망)(갱신형_20년) 특별약관	1347

	플래티넘 건강 리셋월렛(3대질병고액치료,간병및상급병실입원,상해사망)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관	1327
	플래티넘 건강 리셋월렛 II (3대질병고액및중환자실치료,특정질병수술및동반입원)(갱신형_20년) 특별약관	1000
	플래티넘 건강 리셋월렛 II (3대질병고액및중환자실치료,특정질병수술및동반입원)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관	980
	플래티넘 건강 리셋월렛 II (3대질병고액및중환자실치료,특정질병수술및동반입원,상해사망)(갱신형_20년) 특별약관	1390
	플래티넘 건강 리셋월렛 II (3대질병고액및중환자실치료,특정질병수술및동반입원,상해사망)(통합간편가입형)(갱신형_20년) 특별약관	1368
(ㅎ)	항암방사선약물치료비 특별약관	237
	항암방사선약물치료비(연간1회한) 특별약관	331
	항암방사선치료비 특별약관	1153
	항암세기조절방사선치료비(토모테라피) II (갱신형_10년) 특별약관	355
	항암세기조절방사선치료비 II (갱신형_10년) 특별약관	351
	항암약물치료비 특별약관	1159
	항암양성자방사선치료비 II (갱신형_10년) 특별약관	348
	항암정위방사선치료비 II (갱신형_10년) 특별약관	358
	항암중입자방사선치료비 특별약관	1143
	항암호르몬약물허가치료비(기타피부암 및 갑상선암이외의 암)(갱신형_10년) 특별약관	339
	허혈성심질환수술비 II 특별약관	266
	허혈성심질환수술비 II (통합간편가입형) 특별약관	264
	허혈성심질환입원비(1일-180일)(통합간편가입형) 특별약관	407
	허혈성심질환입원비(1일-180일)특별약관	409
	허혈성심질환진단비 II 특별약관	258
	혈전용해치료비(1회한) 특별약관	267
	혈전용해치료비(급여_연간1회한) 특별약관	613
	혈전용해치료비(연간1회한) 특별약관	618
	혈전용해치료비 II (1회한) 특별약관	621
	혈전용해치료비 II (연간1회한) 특별약관	623
	혈전제거치료비(급여_연간1회한) 특별약관	1156
	화상수술비 특별약관	101
	화상진단비 특별약관	100