kakaopay insurance

무배당 건강보험2608
보험약관

고객센터
1544-0022

준법감시인심의필
제2026-0336호
(2026.07.27)

홈페이지
kakaopayinscorp.co.kr

이 약관은 금융소비자보호법 및
내부통제기준에 따른 절차를 거쳐
제공됩니다.

약관을 쉽게
이용할 수 있는
약관 이용 Guide Book

Guide Book은 보험약관의 개념 및 구성 등을 간략하게 소개하고, 소비자 입장에서 약관 주요내용 등을 쉽게 찾고 이해할 수 있는 방법을 안내하는 것을 목적으로 합니다.

1. 보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 보험계약자와 보험회사의 권리 및 의무를 규정하고 있습니다. 특히, 청약철회, 계약취소, 보험금 지급 및 지급제한 사항 등 보험계약의 중요사항에 대한 설명이 들어 있으니 반드시 확인하셔야 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 방법을 이용하여 간단 요약한 약관
보험약관 (주계약&특약)	• 주계약(보통약관): 기본계약을 포함한 공통 사항을 정한 기본약관 • 특약(특별약관): 보통약관에 정한 사항 외 선택가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관
용어해설 및 색인 등	약관 이해를 돕기 위한 어려운 법률·보험용어의 해설, 가나다순 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.

약관해설영상

보험금 지급절차

4. 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기(보통약관 기준)

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

1	보험금 지급 및 지급제한 사항	세부약관의 제1조(보험금의 지급사유) 세부약관의 제4조(보험금을 지급하지 않는 사유), 보통약관 * 본인이 가입한 특약을 확인하여 가입특약별 「보험금 지급사유 및 미지급사유」도 반드시 확인할 필요	
2	청약 철회	제17조(청약의 철회)	
3	계약 취소	제18조(약관교부 및 설명의무 등)	
4	계약 무효	제19조(계약의 무효)	
5	계약 전 알릴 의무	제13조(계약 전 알릴 의무)	
6	알릴 의무 및 위반효과	제14조(알릴 의무 위반의 효과)	
7	보험료 연체 및 해지	제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	
8	부활(효력회복)	제27조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))	
9	해약환급금	제29조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회), 제32조(해약환급금)	
10	보험계약대출	제33조(보험계약대출)	

5. 약관을 쉽게 이용 할 수 있는 꿀팁

아래 6가지 꿀팁을 활용하시면 약관을 보다 쉽고 편리하게 이용할 수 있습니다.

① 시각화된 '약관요약서'를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원사례 등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다.

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

③ 약관 내용 중 어려운 보험용어는 용어해설, 약관본문 Box안 예시 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다.

④ 스마트폰으로 QR코드를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 지급절차, 전국 지점 등을 쉽게 안내 받을 수 있습니다.

⑤ '관련법규' 항목을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다.

⑥ 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(kakaopayinscorp.co.kr), 고객 콜센터(1544-0022)로 문의 가능
* 보험상품 거래단계별 필요한 금융꿀팁 또는 핵심정보 등은 금융감독원 금융소비자정보 포탈(FINE, fine.fss.or.kr)에서 확인 가능

쉽게 이해하는
약관 요약서

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 결정하시기 바랍니다.**

I. 보험계약의 개요

- 보험회사명: 카카오페이손해보험
- 보험상품명: 무배당 건강보험2608
- 보험상품의 종목: 장기기타

상품의 주요 특징

① 이 상품은 상해 또는 질병으로 인한 진단, 수술, 입원 등을 폭넓게 보장해드리는 상품입니다.
② 주요 보장 내용
암진단비(유사암 제외, 90일 면책), 유사암진단비, 뇌혈관질환진단비, 허혈성심장질환진단비, 응급실 내원진료비(응급)

'상품명'으로 상품의 특징 이해하기

무배당 건강보험2608

① 무배당: 계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.
② 건강보험: 상해 또는 질병으로 인한 위험을 주보장으로 하는 상품입니다.
③ 비갱신형: 연령의 증가, 위험률 변동 등의 요인으로 보험료의 변동이 없는 상품입니다.
④ 세만기형: 보험료 납입기간동안 동일한 보험료를 납부하며, 납입기간 종료 이후에도 만기까지 보장됩니다.
*선택특약에 대한 세부사항은 상품요약서 및 약관을 확인해주시기 바랍니다.





Ⅱ. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

01. 보험금 지급제한사항

⚠ 이 보험에는 면책기간, 감액지급, 보험금 지급 한도 등 보험금 지급제한 조건이 설정된 담보가 있습니다. 더욱 자세한 사항은 상품설명서 및 약관을 참조하시기 바랍니다.

면책기간

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

면책기간 적용 담보	담보명	면책기간
	암진단비(유사암 제외, 90 일 면책)	가입 후 90 일간 보장 제외
	암수술비(유사암 제외, 90 일 면책)	가입 후 90 일간 보장 제외
	항암방사선약물치료비(기타피부암 및 갑상선암 제외, 90 일 면책)	가입 후 90 일간 보장 제외
	암직접치료입원비(유사암 제외, 1~180 일, 요양병원 제외, 90 일 면책)	가입 후 90 일간 보장 제외
	여성생식기관련암진단비(90 일 면책)	가입 후 90 일간 보장 제외
	급여 유방암 유방재건수술비(연간 1 회한, 90 일 면책)	가입 후 90 일간 보장 제외
	독감항바이러스제치료비(연간 1 회한, 3 일 면책)	가입 후 3 일간 보장 제외
	식중독진단비(연간 1 회한, 3 일 면책)	가입 후 3 일간 보장 제외
	폐렴진단비(연간 1 회한, 3 일 면책)	가입 후 3 일간 보장 제외
	대상포진진단비(30 일 면책)	가입 후 30 일간 보장 제외
	요로결석진단비(1 년 면책)	가입 후 1 년간 보장 제외

감액지급

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

감액지급 적용 담보	담보명	감액기간 및 비율
	암진단비(유사암 제외, 90 일 면책)	가입 후 1 년간 보험금 50% 지급
	유사암진단비	가입 후 1 년간 보험금 50% 지급
	뇌혈관질환진단비	가입 후 1 년간 보험금 50% 지급
	허혈성심장질환진단비	가입 후 1 년간 보험금 50% 지급
	암수술비(유사암 제외, 90 일 면책)	가입 후 1 년간 보험금 50% 지급
	유사암수술비	가입 후 1 년간 보험금 50% 지급
	항암방사선약물치료비(기타피부암 및 갑상선암 제외, 90 일 면책)	가입 후 1 년간 보험금 50% 지급
	항암방사선약물치료비(기타피부암 및 갑상선암)	가입 후 1 년간 보험금 50% 지급
	암직접치료입원비(유사암 제외, 1~180 일, 요양병원 제외, 90 일 면책)	가입 후 1 년간 보험금 50% 지급
	유사암직접치료입원비(1~180 일, 요양병원 제외)	가입 후 1 년간 보험금 50% 지급
	뇌졸중진단비	가입 후 1 년간 보험금 50% 지급
	급성심근경색증진단비	가입 후 1 년간 보험금 50% 지급
	뇌혈관질환수술비	가입 후 1 년간 보험금 50% 지급
	허혈성심장질환수술비	가입 후 1 년간 보험금 50% 지급
	여성생식기관련암진단비(90 일 면책)	가입 후 1 년간 보험금 50% 지급
	급여 유방암 유방재건수술비(연간 1 회한, 90 일 면책)	가입 후 1 년간 보험금 50% 지급
	갑상선기능저하증진단비	가입 후 1 년간 보험금 50% 지급
	추간판탈출증진단비	가입 후 1 년간 보험금 50% 지급
	치핵수술비	가입 후 1 년간 보험금 50% 지급
	양성종양진단비(소화기 관련)	가입 후 1 년간 보험금 50% 지급

	10 대소화기질환진단비	가입 후 1 년간 보험금 50% 지급
	통풍진단비	가입 후 1 년간 보험금 50% 지급
	크론병및궤양성대장염진단비	가입 후 1 년간 보험금 50% 지급

보장한도

이 보험에는 보험금 지급 한도가 설정된 담보가 있습니다.

보장한도 적용 담보	담보명	보장한도
	암진단비(유사암 제외, 90 일 면책)	최초 1 회에 한하여 보장
	유사암진단비	각각 최초 1 회에 한하여 보장
	뇌혈관질환진단비	최초 1 회에 한하여 보장
	허혈성심장질환진단비	최초 1 회에 한하여 보장
	항암방사선약물치료비(기타피부암 및 갑상선암 제외, 90 일 면책)	최초 1 회에 한하여 보장
	항암방사선약물치료비(기타피부암 및 갑상선암)	각각 최초 1 회에 한하여 보장
	뇌출혈진단비	최초 1 회에 한하여 보장
	뇌졸중진단비	최초 1 회에 한하여 보장
	급성심근경색증진단비	최초 1 회에 한하여 보장
	여성생식기관련암진단비(90 일 면책)	최초 1 회에 한하여 보장
	기후성질환진단비(온열, 한랭)	최초 1 회에 한하여 보장
	갑상선기능저하증진단비	최초 1 회에 한하여 보장
	추간판탈출증진단비	최초 1 회에 한하여 보장
	대상포진진단비(30 일 면책)	최초 1 회에 한하여 보장
	요로결석진단비(1 년 면책)	최초 1 회에 한하여 보장
	양성종양진단비(소화기 관련)	최초 1 회에 한하여 보장
	10 대소화기질환진단비	최초 1 회에 한하여 보장
	통풍진단비	최초 1 회에 한하여 보장
	크론병및궤양성대장염진단비	최초 1 회에 한하여 보장

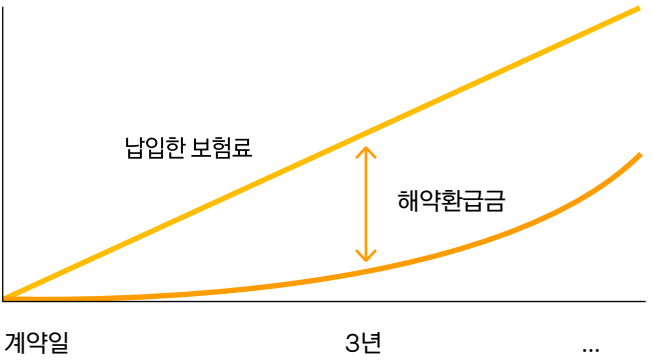
	뇌졸중통원비(연간 30 회한)	1 일 1 회, 연간 30 회에 한하여 보장
	급성심근경색증통원비(연간 30 회한)	1 일 1 회, 연간 30 회에 한하여 보장
	급여 질병 CT/MRI 검사지원비(연간 1 회한)	연간 1 회에 한하여 보장
	급여 상해 CT/MRI 검사지원비(연간 1 회한)	연간 1 회에 한하여 보장
	급여 골밀도검사비(연간 1 회한)	연간 1 회에 한하여 보장
	급여 유방암 유방재건수술비(연간 1 회한, 90 일 면책)	연간 1 회에 한하여 보장
	급여 요실금수술비(연간 1 회한)	연간 1 회에 한하여 보장
	독감항바이러스제치료비(연간 1 회한, 3 일 면책)	연간 1 회에 한하여 보장
	폐렴진단비(연간 1 회한, 3 일 면책)	연간 1 회에 한하여 보장
	급여 골절철심제거수술비(연간 1 회한)	연간 1 회에 한하여 보장
	화상진단비(표재성 2 도이상, 연간 1 회한)	연간 1 회에 한하여 보장
	급여 추간판탈출증 신경차단술치료비(연간 1 회한)	연간 1 회에 한하여 보장
	암직접치료입원비(유사암 제외, 1~180 일, 요양병원 제외, 90 일 면책)	1 일이상 180 일 한도로 보장
	유사암직접치료입원비(1~180 일, 요양병원 제외)	1 일이상 180 일 한도로 보장
	여성질병입원비(4~120 일)	4 일이상 120 일 한도로 보장
	스마트기기관련질환입원비(4~120 일)	4 일이상 120 일 한도로 보장
	호흡기관련질병입원비(1~7 일)	1 일이상 7 일 한도로 보장
	식중독진단비(연간 1 회한, 3 일 면책)	연간 1 회에 한하여 보장
	식중독입원비(1~7 일)	1 일이상 7 일 한도로 보장

02. 해약환급금에 관한 사항

◎ 보험계약자가 보험계약을 중도에 해지할 경우 보험회사는 해약환급금을 지급합니다.

① 해약환급금은 납입한 보험료 보다 적거나 없을 수도 있습니다.

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



03. 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 특성

1. 보장성보험

① 이 보험은 보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며, 저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.
② 만기 또는 중도해지시 납입한 보험료보다 환급금이 적을 수 있습니다.



2. 예금자보험제도에 관한 사항

① 이 보험은 예금자보험법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.
② 예금자보호 한도는 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호 대상 금융상품의 해약환급금(또는 만기시 보험금)에 기타 지급금을 합한 금액이 1인당 "1억원"까지(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 "1억원"까지 보호됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.


예금자보호
예금보험공사
보호금융상품
1인당 최고 1억원

Ⅲ. 보험계약의 일반사항

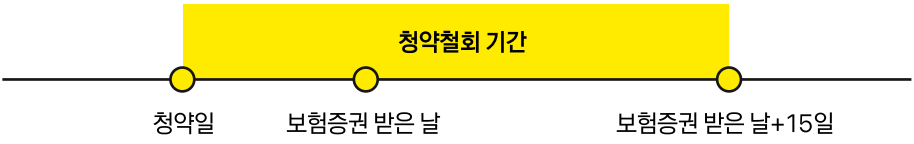
01. 청약을 철회할 수 있는 권리

◎ 보험계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 보험계약의 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 회사는 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.

⚠ **[청약철회가 불가한 경우]**

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

② 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약



02. 보험계약을 취소할 수 있는 권리

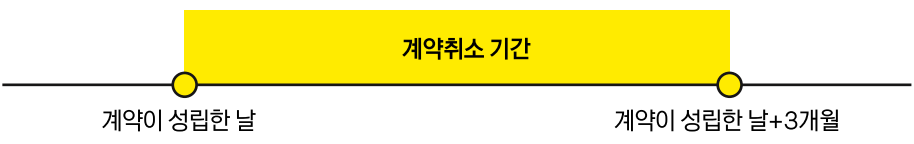
⚠ ◎ 보험계약자는 다음의 경우 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약 취소할 수 있습니다.

① 보험계약을 청약할 때 보험약관 및 보험계약자 보관용 청약서를 전달받지 못한 경우

② 보험약관의 중요내용을 설명 받지 못한 경우

③ 보험계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우

계약 취소 시 지급하는 금액 :
납입한 보험료+이자



03. 보험계약의 무효

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

① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우
② 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유(피보험자 지정)로 한 경우
③ 보험계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

04. 보험계약전 알릴의무 및 위반시 효과

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

① 청약서의 질문사항에 대하여 보험설계사에게만 구두로 알렸을 경우 보험계약전 알릴의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.
② 전화 등 통신수단을 통한 보험계약의 경우 보험회사 상담원의 질문이 청약서의 질문사항을 대신하므로 상담원의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.

민원 사례	A씨는 고지혈증, 당뇨병으로 90일간 투약처방 받은 사실을 알리지 않고 보험에 가입하였으며, 가입일 다음 날부터 약 1년간 당뇨병으로 통원치료를 받아 보험금을 청구 ▶ 보험회사는 보험계약이 해지됨과 동시에 보험금 지급이 어려움을 안내
유의(참고) 사항	보험가입자는 보험계약 체결시 보험회사가 청약에서 질문한 중요한 사항에 대하여 사실대로 알려야하며(계약전 알릴의무), 이를 이행하지 않은 경우 보험회사는 계약을 해지하고 보험금 지급을 거절할 수 있습니다.

계약자 또는 피보험자		회사
고의 또는 중과실로 사실과 다르게 알린 경우	→	① 계약 해지 가능 ② 보장 제한 가능

05. 보험계약후 알릴의무 및 위반시 효과

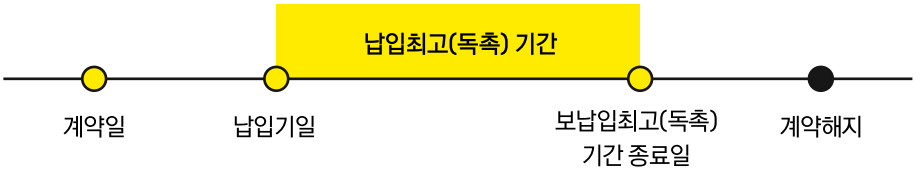
◎ 보험계약자 등은 피보험자의 직업·직무 변경 등이 발생한 경우 지체없이 보험회사에 알려야 합니다. 만약 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알렸을 때, 회사는 별도로 정한 방법에 따라 보험계약자 또는 피보험자의 의사와 관계없이 계약을 해지하거나 보험금 지급을 제한할 수 있습니다.

보험회사는 피보험자의 직업·직무 변경 등으로
① 위험이 감소한 경우 보험료를 감액하고 정산금액을 환급하여 드리며,
② 위험이 증가한 경우 보험료가 증액되고 정산금액의 추가 납입이 필요할 수 있습니다.

① 직업·직무 변경	② 운전목적 변경	③ 운전여부 변경	④ 이륜차 등 사용
회사에 알린 경우		**회사에 알리지 않은 경우**	
① 위험 증가 보험료 증액, 정산금액 추가 납입	**② 위험 감소** 보험료 감액, 정산금액 환급	위험이 증가한 만큼 보험금 과소 지급 가능	

06. 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

◎ 보험료 납입이 연체 중인 경우 보험회사는 납입을 독촉하는 안내를 하며,
납입최고(독촉) 기간 내에 보험료를 납입하지 않으면 보험계약이 해지됩니다.
* 납입최고(독촉) 기간 : 14일 이상(보험기간 1년 미만인 경우 7일 이상)



07. 해지된 보험계약의 부활(효력회복)

◎ 보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 해지된 날부터 3년 이내에 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

⚠ 보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다. 이때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

[해지된 보험계약의 부활 절차]
① 계약 해지 : 보험료 미납으로 인한 계약의 해지
② 부활 청약 : 해지 후 3년이내 부활청약
③ 심사 : 건강상태, 직업 등 심사
④ 부활 : 승낙 / 거절 또는 일부 보장제한

08. 보험금 청구절차 및 서류

◎ 보험금은 청구서류 접수일부터 3 영업일 이내에 지급하는 것이 원칙입니다.
(단, 보험금 지급사유의 조사·확인이 필요한 경우 30 일이 소요될 수 있습니다.)

1	보험금 청구 문의(서류 안내)
2	보험금 청구(서류 접수)
3	보험금 지급 심사(필요시 손해사정 또는 조사)
4	보험금 지급(심사결과 안내)

청구 접수일부터 지급일까지 3일 이내 (조사 등이 필요한 경우 최대 30일)

⚠ 소액 보험금 청구시 진단서 제출이 면제되는 등 청구서류가 간소화되는 경우가 있으니, 보험금 청구 전에 보험회사에 제출서류를 확인하시기 바랍니다.

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

주) 보험사고의 종류, 내용 등에 따라 진료비 세부내역서 등 추가서류가 필요할 수 있습니다.

보험금 청구시 구비서류 안내

구분	구비서류	제공/발급처
공통	- 보험금청구서 - 통장사본(사전등록계좌 등 본인계좌 확인 가능시 불필요) - 개인(신용)정보처리동의서 - 청구인 신분증 사본 [가족관계 확인이 필요한 경우]	- 보험회사 - 시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터

	- 가족관계확인서류(가족관계증명서, 혼인관계증명서 등) [타인에게 보험금을 위임하는 경우] - 위임장 원본(인감날인) - 보험금청구권자의 인감증명서 원본 또는 본인서명사실확인서 - 보험금청구권자의 개인(신용)정보동의서	
암진단	- 진단서(진단명, 질병분류코드 포함) - 조직검사결과지 ＊조직검사결과지를 제출할 수 없는 경우 • 백혈병: 골수검사지 및 혈액검사결과지 • 뇌/폐/췌장암: 방사선 판독결과지 • 간암: 방사선 판독결과지 및 혈액검사결과지	의료기관
뇌질환진단	- 진단서(진단명, 질병분류코드 포함) - CT, MRI, MRA, TFCA 등 방사선판독결과지	의료기관
심장질환진단	- 진단서(진단명, 질병분류코드 포함) - 관상동맥조영술, 심전도검사, 심근효소검사, 심초음파 등 각종 검사결과지	의료기관
골절	- 진단서(진단명, 질병분류코드 포함) - 추정진단일 경우 X-ray 필름(결과지)	의료기관
수술	- 진단명(질병분류코드), 수술명, 수술일자가 포함된 서류	의료기관
입원	- 입원기간이 포함된 진단서 - 진단명이 포함된 입퇴원 확인서	의료기관
통원	- 통원기간이 포함된 진단서 - 진단명이 포함된 통원 확인서	의료기관
항암치료	- 진단서(진단명, 질병분류코드 포함) - 항암치료확인서 또는 항암치료사실확인이 가능한 서류	의료기관

Ⅳ. 자주 발생하는 민원 예시

01. 해약환급금 관련

민원 사례	A씨는 보험가입 1년 후 개인사유로 보험계약을 해지하였으며, 해지시 해약환급금이 납입한 보험료보다 적은 것에 대한 불만을 제기하였습니다.
유의사항	보험계약은 은행의 저축과 달리 납입한 보험료 중 일부는 다른 계약자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 보험회사의 운영에 필요한 경비로 사용되어 해약환급금이 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.

02. 보험계약 전 알릴의무 관련

민원 사례	B씨는 병원에서 간 관련 진단을 받았음에도 이를 숨기고 건강보험 상품을 가입하였고, 이후 2개월 후 간암 진단 및 수술을 받게 되어 보험금을 청구하였으나, 보험회사는 알릴의무 위반을 사유로 보험계약을 해지하고 보험금 지급을 거절하였습니다.
유의사항	계약 전 알릴의무를 위반한 경우 계약의 해지 및 보험금 미지급 등 불이익이 있을 수 있으므로, 경미한 사항이라고 하더라도 사실대로 고지하여야 합니다.

03. 암 보험금 지급 관련

민원 사례	C씨는 암을 보장하는 담보(암 진단비, 암 수술비 등)에 가입한 후, 2달이 지나 간암을 판정받아 보험회사에 보험금을 청구하였으나, 보험회사는 보험계약체결일로부터 90일이 경과하지 않아 보험금 지급이 어려움을 안내하였습니다.
유의사항	암을 보장하는 담보는 최초계약일로부터 90일이 지난 날의 다음날부터 보장합니다.

V. 보험용어 해설

용어	용어해설
보험약관	보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호 간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것
보험증권	보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 전달하는 증서
보험계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람
피보험자	보험사고 발생의 대상이 되는 사람
보험수익자	보험사고 발생시 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람
보험료	보험계약자가 보험계약에 의거하여 보험회사에게 지급하여야 하는 요금
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간으로 보험증권에 기재된 기간
보험금	피보험자의 사망, 장해, 입원 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액
보장개시일	보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날
보험년도	보험계약일로부터 매 1년 단위의 연도(당해연도 보험계약 해당일부터 다음연도 보험계약 해당일 전일까지의 기간)
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, '토요일', 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일' 및 '근로자의날'을 제외한 날을 의미
계약자적립액	장래의 보험금 또는 해약환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액
해약환급금	계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액
보험나이	계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 월 단위까지 계산 후, 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산한 나이를 말하며, 계약일 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가함

Ⅵ. 상품요약

패키지명	담보명	지급사유	지급금액
기본계약	응급실 내원진료비(응급)	응급환자로서 응급실에 내원하여 진료를 받은 경우	보험가입금액
선택특약	암진단비(유사암 제외, 90 일 면책)	암으로 진단 확정된 경우	보험가입금액 (최초 1 회한)
선택특약	유사암진단비	기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단 확정된 경우	보험가입금액 (각각 최초 1 회한)
선택특약	암수술비(유사암 제외, 90 일 면책)	암으로 진단 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1 회당 보험가입금액
선택특약	유사암수술비	기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단 확정되고 그 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1 회당 보험가입금액
선택특약	항암방사선약물치료비(기타피부암 및 갑상선암 제외, 90 일 면책)	암으로 진단 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우	보험가입금액 (최초 1 회한)
선택특약	항암방사선약물치료비(기타피부암 및 갑상선암)	기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고 그 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우	보험가입금액 (각각 최초 1 회한)
선택특약	암직접치료입원비(유사암 제외, 1~180 일, 요양병원 제외, 90 일 면책)	암으로 진단 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 1 일이상 계속 입원하였을 경우	입원 1 일당 보험가입금액 (180 일 한도)
선택특약	유사암직접치료입원비(1~180 일,	기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단 확정되고 그 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를	입원 1 일당 보험가입금액 (180 일 한도)

	요양병원 제외)	목적으로 1 일 이상 계속 입원하였을 경우	
선택특약	뇌혈관질환진단비	뇌혈관질환으로 진단 확정된 경우	보험가입금액 (최초 1 회한)
선택특약	뇌출혈진단비	뇌출혈로 진단 확정된 경우	보험가입금액 (최초 1 회한)
선택특약	뇌졸중진단비	뇌졸중으로 진단 확정된 경우	보험가입금액 (최초 1 회한)
선택특약	뇌혈관질환수술비	뇌혈관질환으로 진단 확정되고, 그 뇌혈관질환의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1 회당 보험가입금액
선택특약	뇌졸중통원비(연간 30 회한)	뇌졸중으로 진단 확정되고, 그 뇌졸중의 직접적인 치료를 목적으로 통원한 경우	통원 1 회당 보험가입금액 (연간 30 회한)
선택특약	허혈성심장질환진단비	허혈성심장질환으로 진단 확정된 경우	보험가입금액 (최초 1 회한)
선택특약	급성심근경색증진단비	급성심근경색증으로 진단 확정된 경우	보험가입금액 (최초 1 회한)
선택특약	허혈성심장질환수술비	허혈성심장질환으로 진단 확정되고, 그 허혈성심장질환의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1 회당 보험가입금액
선택특약	급성심근경색증통원비(연간 30 회한)	급성심근경색증으로 진단 확정되고, 그 급성심근경색증의 직접적인 치료를 목적으로 통원한 경우	보험가입금액 (통원 1 회당, 연간 30 회한)
선택특약	질병수술비(1~5 종)	질병으로 '1~5 종 수술 분류표'에서 정한 수술을 받은 경우	수술 1 회당 보험가입금액
선택특약	상해수술비(1~5 종)	상해로 '1~5 종 수술 분류표'에서 정한 수술을 받은 경우	수술 1 회당 보험가입금액
선택특약	급여 질병 CT/MRI 검사지원비(연간 1 회한)	질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 급여 CT 검사 또는 급여 MRI 검사를 받은 경우	보험가입금액 (연간 1 회한)
선택특약	급여 상해 CT/MRI 검사지원비(연간 1 회한)	상해의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 급여 CT 검사 또는 급여 MRI 검사를 받은 경우	보험가입금액 (연간 1 회한)

선택특약	급여 골밀도검사비(연간 1 회한)	상해 또는 질병의 직접적인 결과로써 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 급여 골밀도검사를 받은 경우	보험가입금액 (연간 1 회한)
선택특약	여성생식기관련암진단비(90 일 면책)	여성생식기 관련 암으로 진단 확정된 경우	보험가입금액 (최초 1 회한)
선택특약	급여 유방암 유방재건수술비(연간 1 회한, 90 일 면책)	유방암으로 진단 확정되고, 그 유방암의 직접적인 치료를 목적으로 유방전체절제수술 후 급여 유방재건수술을 받은 경우	보험가입금액 (연간 1 회한)
선택특약	여성질병입원비(4~120 일)	여성질병으로 진단 확정되고, 그 여성질병의 직접적인 치료를 목적으로 4 일 이상 계속 입원하였을 경우	입원 4 일째부터 1 일당 보험가입금액 (120 일 한도)
선택특약	여성질병수술비	여성질병으로 진단 확정되고, 그 여성질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1 회당 보험가입금액
선택특약	급여 요실금수술비(연간 1 회한)	요실금으로 진단 확정되고, 그 요실금의 직접적인 치료를 목적으로 급여 요실금수술을 받은 경우	보험가입금액 (연간 1 회한)
선택특약	독감항바이러스제치료비(연간 1 회한, 3 일 면책)	독감으로 진단 확정되고, 독감의 직접적인 치료를 목적으로 독감 항바이러스제를 처방받은 경우	보험가입금액 (연간 1 회한)
선택특약	폐렴진단비(연간 1 회한, 3 일 면책)	폐렴으로 진단 확정된 경우	보험가입금액 (연간 1 회한)
선택특약	호흡기관련질병입원비(1~7 일)	호흡기관련질병으로 진단 확정되고, 그 호흡기관련질병의 직접적인 치료를 목적으로 1 일 이상 계속 입원하였을 경우	입원 1 일당 보험가입금액 (7 일 한도)
선택특약	호흡기관련질병수술비	호흡기관련질병으로 진단 확정되고, 그 호흡기관련질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1 회당 보험가입금액
선택특약	기후성질환진단비(온열, 한랭)	기후성질환으로 진단 확정된 경우	보험가입금액 (최초 1 회한)
선택특약	식중독진단비(연간 1 회한, 3 일 면책)	식중독으로 진단 확정된 경우	보험가입금액 (연간 1 회한)

선택특약	식중독입원비(1~7 일)	식중독으로 진단 확정되고 그 치료를 목적으로 1 일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1 일당 보험가입금액 (7 일 한도)
선택특약	골절진단비(치아파절제외)	상해로 인한 골절(치아파절 제외)로 진단을 받은 경우	보험가입금액
선택특약	깁스치료비	깁스치료를 받은 경우	보험가입금액
선택특약	골절수술비	상해로 인한 골절을 입고 그 치료를 목적으로 수술을 받은 경우	보험가입금액
선택특약	급여 골절철심제거 수술비(연간 1 회한)	상해의 직접적인 결과로써 골절(치아파절 제외)로 진단 확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 체내에 삽입한 철심을 제거하는 급여 골절철심제거술을 받은 경우	보험가입금액 (연간 1 회한)
선택특약	관절손상수술비(무릎, 고관절)	상해의 직접적인 결과로써 관절손상(무릎, 고관절)으로 진단 확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1 회당 보험가입금액
선택특약	화상진단비(표재성 2 도이상, 연간 1 회한)	화상(표재성 2 도이상)을 입은 경우	보험가입금액 (연간 1 회한)
선택특약	갑상선기능저하증진단비	갑상선기능저하증으로 진단 확정된 경우	보험가입금액 (최초 1 회한)
선택특약	추간판탈출증 진단비	추간판탈출증으로 진단 확정된 경우	보험가입금액 (최초 1 회한)
선택특약	추간판탈출증 수술비	추간판탈출증으로 진단 확정되고, 그 추간판탈출증의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1 회당 보험가입금액
선택특약	급여 추간판탈출증 신경차단술치료비(연간 1 회한)	추간판탈출증으로 진단 확정되고 그 치료를 목적으로 급여 추간판탈출증 신경차단술을 받은 경우	보험가입금액 (연간 1 회한)
선택특약	스마트기기관련질환입원비(4~120 일)	스마트기기관련질환으로 진단 확정되고, 그 스마트기기관련질환의 직접적인 치료를 목적으로 4 일 이상 계속 입원하였을 경우	입원 4 일째부터 1 일당 보험가입금액 (120 일 한도)
선택특약	치핵수술비	치핵으로 진단 확정되고, 그 치핵의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1 회당 보험가입금액

선택특약	대상포진진단비(30 일 면책)	대상포진으로 진단 확정된 경우	보험가입금액 (최초 1 회한)
선택특약	요로결석진단비(1 년 면책)	요로결석으로 진단 확정된 경우	보험가입금액 (최초 1 회한)
선택특약	양성종양진단비(소화기 관련)	양성종양(소화기 관련)으로 진단 확정된 경우	보험가입금액 (최초 1 회한)
선택특약	10 대소화기질환진단비	10 대소화기질환으로 진단 확정된 경우	보험가입금액 (최초 1 회한)
선택특약	통풍진단비	통풍으로 진단 확정된 경우	보험가입금액 (최초 1 회한)
선택특약	크론병및궤양성대장염진단비	크론병및궤양성대장염으로 진단 확정된 경우	보험가입금액 (최초 1 회한)

[가입자 유의사항]

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

1. 보험계약 관련 유의할 사항

◎ 보험계약전 알릴 의무 위반

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문 한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 회사에 알려야 합니다. 그렇지 않은 경우 보험금 지급이 거절되거나 보험계약이 해지될 수 있습니다.
전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 판매자의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

◎ 상해 및 질병 관련 보장

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

◎ 재물 및 배상책임 관련 보장

타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없으며, 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상을 한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위안에서 회사에 보험금의 지급을

청구할 수 있습니다.

◎ 해약환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

2. 보험금 지급관련 유의할 사항

◎ 상해 관련 보장

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

◎ 질병 관련 보장

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

[주요내용 요약서]

1. 자필서명

보험계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않은 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버몰에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있고, 이 경우 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 의무보험의 경우에는 철회의사를 표시한 시점에 동종의 다른 의무보험에 가입된 경우에만 철회할 수 있으며, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약 또는 청약한 날부터 30일(단, 만 65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 경우 45일)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다. 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출 이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

3. 계약취소

약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때

계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명을 포함함)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 계약이 취소된 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

4. 계약의 무효

1) 신체보장 관련

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

· 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정하는 경우 외에는 피보험자의 서면 동의를 받아야 합니다.

· 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

· 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세미만자의

사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

2) 재물보장 관련

계약을 맺을 때에 보험목적에 이미 사고가 발생하였을 경우 회사는 계약을 무효로 하며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3) 배상책임보장 관련

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

5. 계약의 소멸

1) 신체보장 관련

피보험자의 사망으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 이 보험계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

2) 재물보장 관련

사고보험금이 한 번의 사고에 대하여 보험가입금액(보험가액을 한도로 함)이상인 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당

보험목적에 대한 계약은 소멸됩니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입이 연체 중인 경우에 14일(보험기간이 1년 미만인 경우 7일)이상의 기간을 보험료 납입최고(독촉)기간으로 하며, 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우, 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 보험계약은 해지됩니다.

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 보험료의 환급 조항에 따라 보험료를 돌려받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

8. 계약 전 · 후 알릴 의무

1) 계약 전 알릴 의무 : 계약자, 피보험자는 청약할 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)을 하셔야 합니다.(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다)

2) 계약 후 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

· 피보험자가 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용

운전자로 변경하는 경우 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동휠 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 되는 등 중요한 사항을 변경하는 경우

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

3) 알릴 의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

* 계약자 또는 보험수익자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알리셔야 합니다.

9. 보험금의 지급절차

1) 신체보장 관련

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사 · 확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50%이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드리며 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 '보험금을 지급할 때의 적립이율'에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이

지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.

2) 재물보장 및 배상책임보장 관련

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수 받은 후 지체 없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급합니다. 만약 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 '보험금을 지급할 때의 적립이율'에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

10. 대위권

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

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

보통약관

제1절. 공통조항

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 질병이나 상해에 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

가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아 야 하는 계약을 말합니다.

마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 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.

나. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

[연단위 복리 계산법]
100원(원금)+100원 ×10%(1년차 이자)
+[100원 +100원 ×10%]×10%(2년차 이자)
= 총 121 원

나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결시점의 이율을 말합니다.

다. 보험계약대출이율 : 보험계약대출에 적용되는 이율로써 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정됩니다.

라. 해약환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

이 약관에서 보장하는 담보는 아래와 같으며, 세부사항은 제2절. 기본계약 세부약관의 담보별 세부약관을 따릅니다.

담보	세부약관
가. 응급실내원진료비(응급)	세부약관. 응급실내원진료비(응급)

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제2절. 담보별 세부약관을 따릅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 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 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보험계약일로부터 2년이 지난

후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
제9차 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 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

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

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 사망진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 진료기록부, 응급실기록지 사본 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(보험금의 지급절차)

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
② 회사가 보험금 지급사유를 조사ㆍ확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
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. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

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.

[가지급보험금]

보험금 지급이 늦어지는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 가지급제도에 따라 먼저 지급하는 보험금

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 [별표1] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제9조(보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제10조(주소변경통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 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.

제11조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제12조(대표자의 지정)

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

이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

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

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 '계약 전 알릴의무'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.

제14조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
② 제1항에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 계약당시에 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. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
④ 제1항에 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 알려드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한

경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.
⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제15조(사기에 의한 계약)

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

제4관 보험계약의 성립과 유지

제16조(보험계약의 성립)

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에

대하여 평균공시이율 +1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

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

⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제27조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조(청약의 철회)

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

[전문금융소비자]

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

[일반금융소비자]

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 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.
④계약자가 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.

제18조(약관교부 및 설명의무 등)
① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.
1. 서면교부

2. 우편 또는 전자우편

3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

[약관의 중요한 내용]

금융소비자 보호에 관한 법률 제19조(설명의무) 등에서 정한 다음의 내용을 말합니다.

- 보험금 지급제한 사유 및 지급절차
- 청약의 철회에 관한 사항
- 계약의 해지 및 해제
- 분쟁조정 절차에 관한 사항
- 예금자보호법에 따른 보호여부
- 환급금에 관한 사항
- 고지의무 및 통지의무 위반의 효과
- 저축성 보험계약의 경우 적용이율 및 산출기준
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

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

[통신판매계약]

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을

설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

[자필서명]
계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 또한 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

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

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

제19조(계약의 무효)

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른

전자서명이 있는 경우로서 「상법」 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

[심신상실자]

의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다.

[심신박약자]

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.

제20조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험종목
2. 보험기간

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

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

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

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제21조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제19조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

[보험나이 계산 예시]
생년월일: 2000년 10월 2일
현재(계약일): 2025년 4월 13일
⇒ 2025년 4월 13일 - 2000년 10월 2일
= 24년 6월 11일 = 25세

제22조(계약의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
② 제1항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

[계약자적립액]

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

[미경과보험료]

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

제5관 보험료의 납입

제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

봅니다.

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

[보장개시일]

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

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

1. 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제14조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

제24조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

[납입기일]

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제25조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제33조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

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

[납입최고(독촉)]

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

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

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

③ 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

④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제27조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 제26조(보험료 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율 +1% 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만 금리연동형보험은 각 상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.

[부활(효력회복)]

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

다시 되살리는 일을 말합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴의무), 제14조(알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 및 제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제13조(계약 전 알릴의무)를 위반한 경우에는 제14조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제28조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

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

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

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

⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에

제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

[강제집행과 담보권실행]

강제집행이란 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다. 담보권실행이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

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

· 추심명령 : 채무자가 제3채무자에 대하여 가지고 있는 금전채권을 대위의 절차 없이 채무자에 갈음하여 직접 추심(받아냄)할 수 있는 권리를 부여하는 집행법원의 결정

· 전부명령 : 채무자가 제3채무자에 대한 채권을 채권자에게 이전시키고 그 대신 채무자에 대한 채권이 소멸되는 집행법원의 결정

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

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제29조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수

있으며, 이 경우 회사는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 제19조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제29조의2(위법계약의 해지)

① 계약자는 「금융소비자 보호에 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.
② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제32조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제30조(중대사유로 인한 해지)

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

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제31조(회사의 파산선고와 해지)

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

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

③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제32조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조(해약환급금)

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

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여

드립니다.
④ 제29조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제33조(보험계약대출)

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 '보험계약대출'이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제26조(보험료 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제34조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제35조(분쟁의 조정)

① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며,

분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지 · 관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제36조(관할법원)

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

제37조(소멸시효)

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

[소멸시효]
소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있을 때부터 시작됩니다. 보험금의 지급사유가 2024년 1월 1일에 발생하였음에도 2027년 1월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제38조(약관의 해석)

① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

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

제39조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다)의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

[보험안내자료]
계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제40조(회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 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.

제41조(개인정보보호)

① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의 없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제42조(준거법)

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

제43조(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 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다. 본 회사에 있는 모든 예금보호 대상 금융상품의 해약환급금(또는 만기시 보험금)에 기타 지급금을 합한 금액이

1인당 1억원까지 예금자 보호가 됩니다. 이와 별도로 본 회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 1억원까지 보호됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

제2절. 기본계약 세부약관

세부약관. 응급실내원진료비(응급)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 제3조(응급실 및 응급환자의 정의)에서 정한 '응급환자'로서 '응급실'에 내원하여 진료를 받은 경우에는 내원1회당 이 세부약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 이 때, 피보험자가 응급실 도착 전에 사망하였거나 외부에서 병원을 옮겨 응급실에 내원한 '응급환자'도 보상합니다. 단, 응급실이 아닌 곳에서의 야간진료 또는 외래진료를 받은 경우는 제외합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(응급실 및 응급환자의 정의)

① 이 세부약관에서 '응급실'이라 함은 「응급의료에 관한 법률」 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 「응급의료에 관한 법률」 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실 및 종합병원의 응급실을 말합니다. 단, 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용하며, 의료기관의 '응급실' 해당여부는 내원 당시 기준으로

판단합니다.

[「응급의료에 관한 법률」 제2조(정의) 제5호]

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

[「응급의료에 관한 법률」 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)]

이 법에 따른 응급의료기관으로 지정 받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 그러하지 아니하다.

② 이 세부약관에서 '응급환자'라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제2조(응급환자)에서 정하는 자로서 '응급증상 및 이에 준하는 증상' 또는 '응급 증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상'이 있는 자를 말합니다.

[「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제2조(응급환자)]

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호 의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. 별표 1의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

[응급증상 및 이에 준하는 증상(제2조제1호 관련)]

1. 응급증상

가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부손상

나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란,

심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크

다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)

라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 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°C 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)

바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상

사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가

제거술이 필요한 환자

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 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(준용규정)

이 세부약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특별약관

암진단비(유사암 제외, 90일 면책)

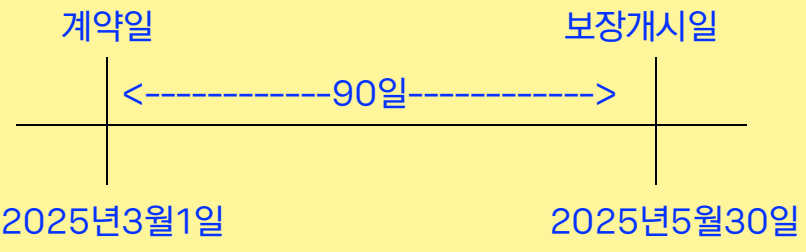
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항 또는 제3항에서 정한 보장개시일 이후 '암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액		
		계약일로부터 90일미만	계약일로부터 90일 이상 1년미만	계약일로부터 1년이상
암진단비(유사암 제외)	'암'으로 진단 받은 경우 (최초 1회한)	미지급	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항의 '암'에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

['암'에 대한 보장개시일 예시]



③ 보통약관 제27조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 '암'에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 '암'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 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 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표2] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, '기타피부암', '갑상선암' 및 '전암(前癌)상태'(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
② 이 특별약관에서 '유사암'이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암', 제6항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.
③ 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표3] '기타피부암 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표4] '갑상선암 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다.
⑤ 이 특별약관에서 '제자리암'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표5] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 '경계성종양'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표6] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ '암' 또는 '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration, 가는 침으로 내용물과 세포를 뽑아내어 현미경으로 진단하는 검사법) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하며, 이 경우 '암' 또는 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암' 또는 '유사암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[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 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 사망진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 진료기록부 등)
3. 진단 확정을 위해 진행한 검사의 결과지
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.

제6조(특별약관의 무효)

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 또는 제3항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우. 다만, 보통약관 제27조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 또는 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 해당 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 해당 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한

때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이때에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항의 '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.

④ 제2항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

유사암진단비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'(이하 유사암이라 합니다)으로 진단확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

<table>
<tr><th colspan="2" rowspan="2">보험금의 종류</th><th colspan="2">지급금액</th></tr>
<tr><th>계약일로부터
1년미만</th><th>계약일로부터
1년이상</th></tr>
<tr><td>기타피부암
진단비</td><td>'기타피부암'으로
진단받은 경우
(최초 1회한)</td><td rowspan="4">보험가입금액
의 50%</td><td rowspan="4">보험가입금액
의 100%</td></tr>
<tr><td>갑상선암
진단비</td><td>'갑상선암'으로 진단받은
경우 (최초 1회한)</td></tr>
<tr><td>제자리암
진단비</td><td>'제자리암'으로 진단받은
경우 (최초 1회한)</td></tr>
<tr><td>경계성종양
진단비</td><td>'경계성종양'으로
진단받은 경우
(최초 1회한)</td></tr>
</table>

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미

지급된 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.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표3] '기타피부암 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
② 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표4] '갑상선암 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 특별약관에서 '제자리암'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표5] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 이 특별약관에서 '경계성종양'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표6] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
⑤ 이 특별약관에서 '유사암'이라 함은 제1항에서 정한 '기타피부암', 제2항에서 정한 '갑상선암', 제3항에서 정한 '제자리암' 또는 제4항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.
⑥ '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration, 가는 침으로 내용물과 세포를 뽑아내어 현미경으로진단하는 검사법) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하며, 이 경우 유사암의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '유사암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

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

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 사망진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 진료기록부 등)
3. 진단 확정을 위해 진행한 검사의 결과지
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 제2호 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 기타피부암진단보험금, 갑상선암진단보험금, 제자리암진단보험금 및 경계성종양진단보험금을 각 1회씩 총 4회 지급한 때에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
③ 제2항의 '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.
④ 제2항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암수술비(유사암 제외, 90일 면책)

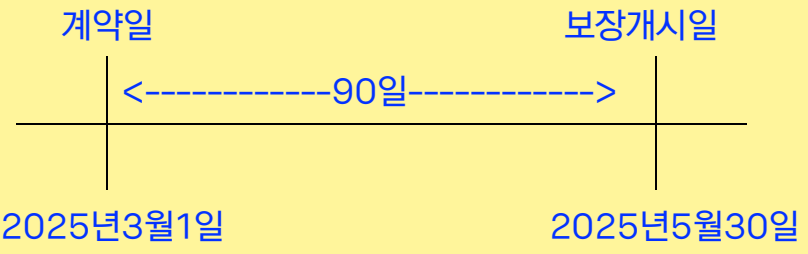
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항 또는 제3항에서 정한 보장개시일 이후 '암'으로 진단확정되고, 그 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액		
		계약일로부터 90일미만	계약일로부터 90일 이상 1년미만	계약일로부터 1년이상
암수술비(유사암 제외)	'암'으로 수술을 받은 경우	미지급	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항의 '암'에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

['암'에 대한 보장개시일 예시]



③ 보통약관 제27조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 '암'에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 항암방사선치료 또는 항암약물치료 시에는

제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 암수술보험금이 지급되지 않습니다.
② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표2] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, '기타피부암', '갑상선암' 및 '전암(前癌)상태'(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
② 이 특별약관에서 '유사암'이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암', 제6항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.
③ 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표3] '기타피부암 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표4] '갑상선암 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
⑤ 이 특별약관에서 '제자리암'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표5] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
⑥ 이 특별약관에서 '경계성종양'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표6] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
⑦ '암' 또는 '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed

tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration, 가는 침으로 내용물과 세포를 뽑아내어 현미경으로 진단하는 검사법) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하며, 이 경우 '암' 또는 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암' 또는 '유사암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[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 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의

악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 암의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다.

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술

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

7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시]

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장, 경막외강 신경성형술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

* 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

④ 제1항의 '수술'은 '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제외합니다.

⑤ 이 특별약관에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 '항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 전문의

자격증을 가진 자가 피보험자의 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 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, 셀리나제 등) 치료는 제외하며, 제1항의 수술에서도 제외합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(특별약관의 무효)

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 또는 제3항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제3조('암' 의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우. 다만, 보통약관 제27조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의

지급사유) 제2항 또는 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 해당 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 해당 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

유사암수술비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'(이하 유사암이라 합니다)으로 진단확정되고, 그 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액	
		계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상
기타피부암수술비	'기타피부암'으로 수술을 받은 경우	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
갑상선암수술비	'갑상선암'으로 수술을 받은 경우		
제자리암수술비	'제자리암'으로 수술을 받은 경우		
경계성종양수술비	'경계성종양'으로 수술을 받은 경우		

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 항암방사선치료 또는 항암약물치료 시에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 수술보험금이 지급되지 않습니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에

정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표3] '기타피부암 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
② 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표4] '갑상선암 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 특별약관에서 '제자리암'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표5] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 이 특별약관에서 '경계성종양'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표6] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
⑤ 이 특별약관에서 '유사암'이라 함은 제1항에서 정한 '기타피부암', 제2항에서 정한 '갑상선암', 제3항에서 정한 '제자리암' 또는 제4항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.
⑥ '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration, 가는 침으로 내용물과 세포를 뽑아내어 현미경으로진단하는 검사법) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하며, 이 경우 유사암의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '유사암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

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

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리

하에 암의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다.

[신의료기술평가위원회]

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시]

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술

- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장, 경막외강 신경성형술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

* 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

④ 제1항의 '수술'은 '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제외합니다.

⑤ 이 특별약관에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 '항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 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, 셀리나제 등) 치료는 제외하며, 제1항의 수술에서도 제외합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

항암방사선약물치료비(기타피부암 및 갑상선암 제외, 90일 면책)

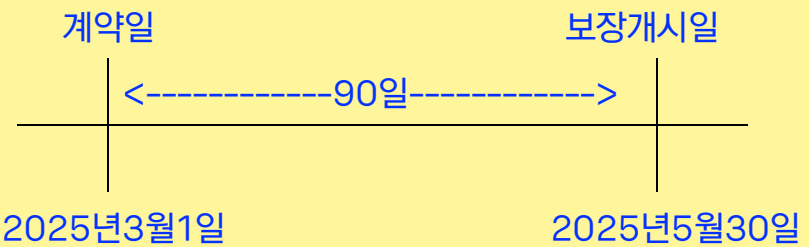
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항 또는 제3항에서 정한 보장개시일 이후 '암'으로 진단확정되고, 그 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액		
		계약일로부터 90일미만	계약일로부터 90일 이상 1년미만	계약일로부터 1년이상
항암방사선약물치료비(기타피부암 및 갑상선암 제외)	'암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우(최초 1회한)	미지급	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항의 '암'에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

['암'에 대한 보장개시일 예시]



③ 보통약관 제27조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의

부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 '암'에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 '암'을 직접적인 원인으로 이 특별약관에서 정한 두 종류 이상의 치료를 받거나 같은 종류의 치료를 2회 이상 받은 경우에도 1회의 한하여 보험금을 지급합니다.
② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표2] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, '기타피부암', '갑상선암' 및 '전암(前癌)상태'(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
② 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표3] '기타피부암 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표4] '갑상선암 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
④ '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle

aspiration, 가는 침으로 내용물과 세포를 뽑아내어 현미경으로 진단하는 검사법) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하며, 이 경우 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암', '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[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 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의

악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(항암방사선치료 등의 정의)

① 이 특별약관에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
② 이 특별약관에서 '항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 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, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는

보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

2. 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 또는 제3항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제3조('암' 의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우. 다만, 보통약관 제27조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 또는 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 해당 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 해당 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항의 '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.

④ 제2항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

항암방사선약물치료비(기타피부암 및 갑상선암)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정되고, 그 '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 피보험자가 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 항암방사선약물치료비(기타피부암 및 갑상선암 제외)를 지급받은 이후에 진단 받은 '기타피부암' 또는 '갑상선암'에 대한 항암방사선약물치료비(기타피부암 및 갑상선암)는 지급하지 않습니다.

보험금의 종류		지급금액	
		계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상
기타피부암 항암방사선 약물치료비	'기타피부암'으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우(최초 1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
갑상선암 항암방사선 약물치료비	'갑상선암'으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우(최초 1회한)		

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 질병을 직접적인 원인으로 이 특별약관에서 정한 두 종류 이상의 치료를 받거나 같은 종류의 치료를 2회 이상 받은 경우에도 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금

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

제3조(기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표3] '기타피부암 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
② 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표4] '갑상선암 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
③ '기타피부암' 및 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration, 가는 침으로 내용물과 세포를 뽑아내어 현미경으로 진단하는 검사법) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하며, 이 경우 '기타피부암' 및 '갑상선암'의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '기타피부암' 및 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[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

⑤ 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 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(항암방사선치료 등의 정의)

① 이 특별약관에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 '항암약물치료'라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 '기타피부암' 또는 '갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 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, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 기타피부암의 항암방사선약물치료보험금 및 갑상선암의 항암방사선약물치료보험금을 각 1회씩 총 2회 지급한 때에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
② 제1항에도 불구하고, 항암방사선약물치료비(기타피부암 및 갑상선암 제외, 90일 면책) 담보의 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되고 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
④ 제3항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로

합니다.

⑤ 제3항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료 의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암직접치료입원비(유사암 제외, 1~180일, 요양병원 제외, 90일 면책)

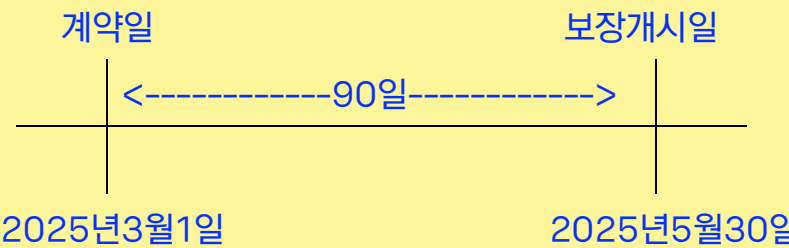
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항 또는 제3항에서 정한 보장개시일 이후 '암'으로 진단확정되고 그 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속 입원하였을 경우에는 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액		
		계약일로부터 90일미만	계약일로부터 90일 이상 1년미만	계약일로부터 1년이상
암직접치료입원비(유사암 제외, 요양병원 제외)	'암'의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우 (180일 한도)	미지급	입원 1일당 보험가입금액의 50%	입원 1일당 보험가입금액의 100%

② 제1항의 '암'에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

['암'에 대한 보장개시일 예시]



③ 보통약관 제27조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 '암'에

대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 '암'에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시안내]



② 피보험자가 병원 또는 의원(요양병원은 제외합니다)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 '암'의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 피보험자가 '암'에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 규정에 따라 입원비를 계속 보장합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때(예를 들어 의사의 지시를 따르지 않은 외출, 외박 등)에는

회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '암'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표2] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, '기타피부암', '갑상선암' 및 '전암(前癌)상태'(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
② 이 특별약관에서 '유사암'이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암', 제6항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.
③ 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표3] '기타피부암 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표4] '갑상선암 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
⑤ 이 특별약관에서 '제자리암'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표5] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
⑥ 이 특별약관에서 '경계성종양'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표6] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
⑦ '암' 또는 '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration, 가는

침으로 내용물과 세포를 뽑아내어 현미경으로 진단하는 검사법) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하며, 이 경우 '암' 또는 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암' 또는 '유사암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[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 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 '암의 직접적인 치료'라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다)(이하 '암의 제거 및 증식 억제 치료'라 합니다)를 말합니다.
② '암의 직접적인 치료'에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
③ '암의 직접적인 치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않는 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암의 직접적인 치료'로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. '암의 제거 및 증식 억제 치료'를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. '암의 제거 및 증식 억제 치료'를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제5조(입원의 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 '암'의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 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 '암'의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 '암'을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 '암'의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 '암'으로 진단된 경우에는 이는 '암'의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제7조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여

돌려 드립니다.

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

2. 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 또는 제3항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제3조('암' 의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'으로 진단확정된 경우. 다만, 보통약관 제27조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 또는 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 해당 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 해당 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

유사암직접치료입원비(1~180일, 요양병원 제외)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'(이하 유사암이라 합니다)으로 진단확정되고 그 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'의 직접적인 치료를 목적으로 1일이상 계속 입원하였을 경우에는 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 각 입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

보험금의 종류		지급금액	
		계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상
기타피부암 직접치료입원비 (요양병원 제외)	'기타피부암'의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우(180일 한도)	입원 1일당 보험가입금액의 50%	입원 1일당 보험가입금액의 100%
갑상선암 직접치료입원비 (요양병원 제외)	'갑상선암'의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우(180일 한도)		
제자리암 직접치료입원비 (요양병원 제외)	'제자리암'의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우(180일 한도)		
경계성종양 직접치료입원비 (요양병원 제외)	'경계성종양'의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우(180일 한도)		

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 1회 입원으로 보아 입원일수를 더 합니다. 그러나 동일한 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시안내]



② 피보험자가 병원 또는 의원(요양병원은 제외합니다)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 피보험자가 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 규정에 따라 입원비를 계속 보장합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때(예를 들어 의사의 지시를 따르지 않은 외출, 외박 등)에는

회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표3] '기타피부암 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
② 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표4] '갑상선암 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 특별약관에서 '제자리암'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표5] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 이 특별약관에서 '경계성종양'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표6] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
⑤ 이 특별약관에서 '유사암'이라 함은 제1항에서 정한 '기타피부암', 제2항에서 정한 '갑상선암', 제3항에서 정한 '제자리암' 또는 제4항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.
⑥ '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration, 가는 침으로 내용물과 세포를 뽑아내어 현미경으로진단하는 검사법) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하며, 이 경우 유사암의 진단확정시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가

'유사암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

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

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

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

제4조(유사암의 직접적인 치료의 정의)

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

제5조(입원의 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 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 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 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'으로 진단된 경우에는 이는 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암' 또는 '경계성종양'의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌혈관질환진단비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '뇌혈관질환'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액	
		계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상
뇌혈관질환 진단비	'뇌혈관질환'으로 진단받은 경우 (최초 1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 '뇌혈관질환'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 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 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '뇌혈관질환'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표7] '뇌혈관질환 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
② '뇌혈관질환'의 진단확정은 「의료법」 제3조 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 컴퓨터단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출컴퓨터단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 '뇌혈관질환'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 보험기간 중 '뇌혈관질환'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 '뇌혈관질환'으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 사망진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서,

진료기록부 등)
3. 진단 확정을 위해 진행한 검사의 결과지
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 제2호 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관 은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
③ 제2항의 '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.

④ 제2항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌졸중진단비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '뇌졸중'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액	
		계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상
뇌졸중진단비	'뇌졸중'으로 진단 받은경우 (최초 1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 '뇌졸중'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 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 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '뇌졸중'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표8] '뇌졸중 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
② '뇌졸중'의 진단확정은 「의료법」 제3조 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌컴퓨터단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출컴퓨터단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 사망진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 진료기록부 등)
3. 진단 확정을 위해 진행한 검사의 결과지

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 제2호 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한
의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 특별약관의 계약자적립액 및
미경과보험료를 지급하지 않습니다.
② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관 은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
③ 제2항의 '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.
④ 제2항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중

계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌출혈진단비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '뇌출혈'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액	
		계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상
뇌출혈진단비	'뇌출혈'으로 진단 받은경우 (최초 1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 '뇌출혈'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 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 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '뇌출혈'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표9] '뇌출혈 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
② '뇌출혈'의 진단확정은 「의료법」 제3조 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌컴퓨터단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출컴퓨터단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 보험기간 중 뇌출혈으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌출혈으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 사망진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 진료기록부 등)
3. 진단 확정을 위해 진행한 검사의 결과지

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 제2호 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한
의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 특별약관의 계약자적립액 및
미경과보험료를 지급하지 않습니다.
② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관 은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
③ 제2항의 '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.
④ 제2항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중

계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌혈관질환수술비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '뇌혈관질환'으로 진단확정되고, 그 '뇌혈관질환' 의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액	
		계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상
뇌혈관질환수술비	'뇌혈관질환'으로 수술을 받은 경우	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '뇌혈관질환'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표7] '뇌혈관질환 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
② '뇌혈관질환'의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력.신경학적 검진과 함께

뇌컴퓨터단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI),
뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET),
단일광자방출컴퓨터단층촬영 (SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다.

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)

2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치

3. 신경(神經) BLOCK(신경 차단)

4. 미용성형 목적의 수술

5. 피임(避妊) 목적의 수술

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

7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시]

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장, 경막외강 신경성형술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

＊본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌졸중통원비(연간 30회한)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '뇌졸중'으로 진단확정되고, 그 '뇌졸중'의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우에는 연간 30회에 한하여 통원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.
② 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.
③ 제1항의 '연간'이라 함은 최초계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 '뇌졸중의 직접적인 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.
② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '뇌졸중'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표8] '뇌졸중 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② '뇌졸중'의 진단확정은 「의료법」 제3조 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌컴퓨터단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출컴퓨터단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌졸중로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '통원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 '뇌졸중'의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

허혈성심장질환진단비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에
'허혈성심장질환'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액	
		계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상
허혈성심장 질환진단비	'허혈성심장질환'으로 진단받은 경우 (최초 1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 '허혈성심장질환'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 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 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '허혈성심장질환'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표10] '허혈성심장질환 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
② '허혈성심장질환'의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 보험기간 중 '허혈성심장질환'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 '허혈성심장질환'으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 사망진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 진료기록부 등)

3. 진단 확정을 위해 진행한 검사의 결과지
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 제2호 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한
의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되고 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 특별약관의 계약자적립액 및
미경과보험료를 지급하지 않습니다.
② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
③ 제2항 '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.
④ 제2항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중

계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단 위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

급성심근경색증진단비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에
'급성심근경색증'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액	
		계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상
급성심근경색증 진단비	'급성심근경색증'으로 진단 받은 경우 (최초 1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 '급성심근경색증'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 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 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '급성심근경색증'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표11] '급성심근경색증 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
② '급성심근경색증'의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 사망진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 진료기록부 등)

3. 진단 확정을 위해 진행한 검사의 결과지
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 제2호 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한
의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 특별약관의 계약자적립액 및
미경과보험료를 지급하지 않습니다.
② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
③ 제2항 '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.
④ 제2항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중

계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

허혈성심장질환수술비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '허혈성심장질환'으로 진단확정되고, 그 '허혈성심장질환'의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액	
		계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상
허혈성심장질환 수술비	'허혈성심장질환'으로 수술을 받은 경우	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '허혈성심장질환'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표10] '허혈성심장질환 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
② '허혈성심장질환'의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며,

이 진단은 병력, 신경학적 검진과 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 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 허혈성심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다.

[신의료기술평가위원회]

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)

2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치

3. 신경(神經) BLOCK(신경 차단)

4. 미용성형 목적의 수술

5. 피임(避妊) 목적의 수술

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

7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시]

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장, 경막외강 신경성형술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

＊본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

급성심근경색증통원비(연간 30회한)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '급성심근경색증'으로 진단확정되고, 그 '급성심근경색증'의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우에는 연간 30회에 한하여 통원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.
② 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.
③ 제1항의 '연간'이라 함은 최초계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 '급성심근경색증의 직접적인 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.
② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '급성심근경색증'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표11] '급성심근경색증 분류표'에 해당하 는 질병을 말합니다.
② '급성심근경색증'의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 '통원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 '급성심근경색증'의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병수술비(1~5종)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병에 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 [별표12] '1~5종 수술분류표'에 해당하는 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
질병수술비 (1~5종)(1종)	[별표] '1~5종 수술분류표'에 해당하는 1종의 수술을 받은 경우	보험가입금액의 10/300
질병수술비 (1~5종)(2종)	[별표] '1~5종 수술분류표'에 해당하는 2종의 수술을 받은 경우	보험가입금액의 20/300
질병수술비 (1~5종)(3종)	[별표] '1~5종 수술분류표'에 해당하는 3종의 수술을 받은 경우	보험가입금액의 30/300
질병수술비 (1~5종)(4종)	[별표] '1~5종 수술분류표'에 해당하는 4종의 수술을 받은 경우	보험가입금액의 100/300
질병수술비 (1~5종)(5종)	[별표] '1~5종 수술분류표'에 해당하는 5종의 수술을 받은 경우	보험가입금액의 300/300

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 이 특별약관에 따른 보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 보험금을 지급합니다.
② 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골,

흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.
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(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 [별표12] '1~5종 수술분류표'에 해당하는 행위를 받는 경우를 말합니다.
② 제1항의 '수술'이라 함은 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정 부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
④ 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다.

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

⑤ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. [별표12] '1~5종 수술분류표'에 해당하지 않는 시술

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해수술비(1~5종)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 치료를 목적으로 [별표12] '1~5종 수술분류표'에 해당하는 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
상해수술비(1~5종)(1종)	[별표] '1~5종 수술분류표'에 해당하는 1종의 수술을 받은 경우	보험가입금액의 10/300
상해수술비(1~5종)(2종)	[별표] '1~5종 수술분류표'에 해당하는 2종의 수술을 받은 경우	보험가입금액의 20/300
상해수술비(1~5종)(3종)	[별표] '1~5종 수술분류표'에 해당하는 3종의 수술을 받은 경우	보험가입금액의 30/300
상해수술비(1~5종)(4종)	[별표] '1~5종 수술분류표'에 해당하는 4종의 수술을 받은 경우	보험가입금액의 100/300
상해수술비(1~5종)(5종)	[별표] '1~5종 수술분류표'에 해당하는 5종의 수술을 받은 경우	보험가입금액의 300/300

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 이 특별약관에 따른 보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 보험금을 지급합니다.
② 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골,

흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.
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(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 [별표12] '1~5종 수술분류표'에 해당하는 행위를 받는 경우를 말합니다.
② 제1항의 '수술'이라 함은 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정 부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
③ 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
④ 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다.

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

⑤ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. [별표12] '1~5종 수술분류표'에 해당하지 않는 시술

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

급여 질병CT/MRI검사지원비(연간 1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 '급여 CT검사' 또는 '급여 MRI검사'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.
② 제1항의 '연간'이라 함은 최초 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 급여 CT검사 혹은 급여 MRI검사를 받은 경우에도 검사 종류 및 횟수에 관계없이 1회에 한하여 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.

제3조(급여 CT검사 및 급여 MRI검사의 정의)

① 이 특별약관에서 '급여 CT검사'라 함은 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 의사의 관리 하에 진료비 세부내역서 상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 급여 제2부 제3장 영상진단 및 방사선치료의 제2절 전산화단층영상진단 분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 '급여 MRI검사'라 함은 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 의사의 관리 하에 진료비 세부내역서 상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 급여 제2부 제3장 영상진단 및 방사선치료의 제2절 자기공명영상진단 분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.
③ 제1항의 '급여 CT검사' 및 제2항의 '급여 MRI검사'는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.
④ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '급여 CT검사' 및 '급여 MRI검사'에 준하여 수가코드를 결정합니다.
⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 '급여 CT검사' 또는 '급여 MRI검사' 의료행위 당시 「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 특별약관에서 보장하는 '급여 CT검사'또는 '급여 MRI검사' 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금

지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 사망진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서('건강보험심사평가원 진료 수가코드(EDI)' 필수 기재), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 제1항 제2호 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

급여 상해CT/MRI검사지원비(연간 1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 '급여 CT검사'혹은 '급여 MRI검사'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.
② 제1항의 '연간'이라 함은 최초계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 급여 CT검사 혹은 급여 MRI검사를 받은 경우에도 검사 종류 및 횟수에 관계없이 1회에 한하여 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.

제3조(급여 CT검사 및 급여 MRI검사의 정의)

① 이 특별약관에서 '급여 CT검사'라 함은 상해의 직접결과로써 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 의사의 관리 하에 진료비 세부내역서 상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 급여 제2부 제3장 영상진단 및 방사선치료의 제2절 전산화단층영상진단 분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 '급여 MRI검사'라 함은 상해의 직접결과로써 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 의사의 관리 하에 진료비 세부내역서 상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 급여 제2부 제3장 영상진단 및 방사선치료의 제2절 자기공명영상진단 분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.
③ 제1항의 '급여 CT검사' 및 제2항의 '급여 MRI검사'는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.
④ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '급여 CT검사' 및 '급여 MRI검사'에 준하여 수가코드를 결정합니다.
⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 '급여 CT검사' 또는 '급여 MRI검사' 의료행위 당시 「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 특별약관에서 보장하는 '급여 CT검사'또는 '급여 MRI검사' 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금

지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 사망진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서('건강보험심사평가원 진료 수가코드(EDI)' 필수 기재), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 제1항 제2호 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

급여 골밀도검사비(연간 1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병의 직접적인 결과로써 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 '급여 골밀도검사'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.
② 제1항의 '연간'이라 함은 최초 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 급여 골밀도검사를 받은 경우에도 검사 종류 및 횟수에 관계없이 1회에 한하여 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.

제3조(급여 골밀도검사의 정의)

① 이 특별약관에서 '급여 골밀도검사'라 함은 [별표13] '급여 골밀도검사 분류표'에 해당하는 수가코드를 말합니다.
② 제1항의 '급여 골밀도검사'는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '급여 골밀도검사'에 준하여 수가코드를 결정합니다.
④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 '급여 골밀도검사' 의료행위 당시 「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 특별약관에서 보장하는 '급여 골밀도검사' 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 사망진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서('건강보험심사평가원 진료 수가코드(EDI)' 필수 기재), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행

신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서,
본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을
활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 제1항 제2호 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한
국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한
의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

여성생식기관련암진단비(90일 면책)

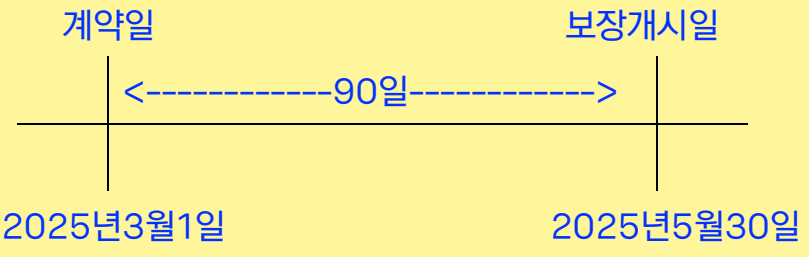
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항 또는 제3항에서 정한 보장개시일 이후 '여성생식기 관련 암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액		
		계약일로부터 90일미만	계약일로부터 90일이상 1년미만	계약일로부터 1년이상
여성생식기 관련 암진단비	'여성생식기 관련 암'으로 진단 받은 경우(최초 1회한)	미지급	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항의 '여성생식기 관련 암'에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

['여성생식기 관련 암'에 대한 보장개시일 예시]



③ 보통약관 제27조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 '암'에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 '여성생식기 관련 암'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 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 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(여성생식기 관련 암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '여성생식기 관련 암'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표14] '여성생식기 관련 암 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
② 제1항의 '여성생식기 관련 암'에 대한 진단은 원발부위(최초발생한 부위)를 기준으로 진단확정된 경우에 한합니다.
③ '여성생식기 관련 암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '여성생식기 관련 암'의 진단확정 시점은 상기 검사의 결과보고시점으로 합니다.
④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가

'여성생식기 관련 암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[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

⑤ 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 사망진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 진료기록부 등)
3. 진단 확정을 위해 진행한 검사의 결과지
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 제2호 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 무효)

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

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 또는 제3항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제3조(여성생식기 관련 암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '여성생식기 관련 암'으로 진단확정된 경우. 다만, 보통약관 제27조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 또는 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제3조(여성생식기 관련 암의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 해당 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 해당 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
③ 제2항의 '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.
④ 제2항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

급여 유방암 유방재건수술비(연간 1회한, 90일 면책)

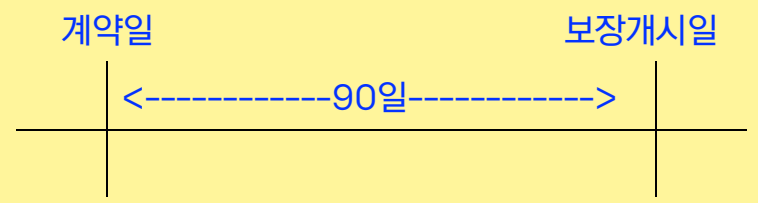
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항 또는 제3항에서 정한 보장개시일 이후 '유방암'으로 진단확정되고, 그 '유방암'의 직접적인 치료를 목적으로 유방전체절제수술 후 '급여 유방재건수술'을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액		
		계약일로부터 90일미만	계약일로부터 90일이상 1년미만	계약일로부터 1년이상
급여 유방암 유방재건 수술비	'유방암'으로 진단 받고, '급여 유방재건 수술'을 받은 경우	미지급	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 제1항의 '암'에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

['암'에 대한 보장개시일 예시]



③ 보통약관 제27조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 '암'에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

④ 제1항의 '연간'이라 함은 최초계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 급여 유방재건수술을 받은 경우에도 부위 및 횟수와 관계없이 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.
② 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(유방암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '유방암'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표15] '유방암 분류표'에 해당하는 질병을 말하며, 피보험자가 여성인 경우에만 가입이 가능합니다.
② '유방암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration, 가는 침으로 내용물과 세포를 뽑아내어 현미경으로 진단하는 검사법) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하며, 이 경우 '유방암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한 회사가 유방암의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '유방암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

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

④ 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 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

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

제4조(급여 유방재건수술의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '급여 유방재건수술'이라 함은 [별표16] '급여 유방재건수술 분류표'에 해당하는 수술로, 병원 또는 의원의 의사의

면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)가 피보험자의 '유방암'으로 인한 유방 전체 절제 후 동반되는 신체적, 심리적, 사회적 상태의 원상회복을 위하여 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 급여 유방재건술 치료를 받은 경우를 말합니다.
② 제1항의 '급여 유방재건수술'은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.
③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 '급여 유방재건수술'의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 '급여 유방재건수술' 의료행위 당시 '「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 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 '급여 유방재건수술' 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야

합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 사망진단서, 진료비계산서,
진료비세부내역서('건강보험심사평가원 진료 수가코드(EDI)' 필수
기재), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행
신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서,
본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을
활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 제1항 제2호 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한
국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한
의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미
납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는
과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을
알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는
보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여
회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여
돌려 드립니다.
1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나
초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미
계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 또는 제3항에서 정한
보장개시일 전일 이전에 제3조('유방암' 의 정의 및 진단확정)
제1항에서 정한 '유방암'으로 진단확정된 경우. 다만, 보통약관
제27조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에

따라 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 또는 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제3조(유방암의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 해당 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 해당 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

여성질병입원비(4~120일)

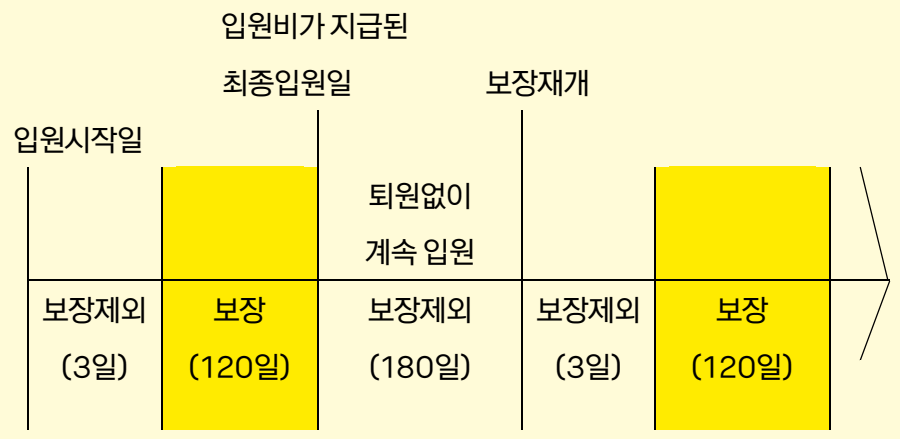
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '여성질병'으로 진단확정되고, 그 '여성질병'의 직접적인 치료를 목적으로 4일이상 계속 입원하였을 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 '여성질병'의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 '여성질병'에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시안내]



② 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 '여성질병'의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 1회

입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
③ 피보험자가 '여성질병'에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때(예를 들어 의사의 지시를 따르지 않은 외출, 외박 등)에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(여성질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '여성질병'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표17] '여성질병 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
② '여성질병'의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 합니다. 또한 회사가 '여성질병'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '입원'이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격증을 가진 자(이하 '의사'라 합니다.)에

의하여 여성질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
② 이 특별약관에서 '여성질병의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원'이란 의사에 의해 '여성질병'으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, '여성질병'의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 '여성질병'을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 '여성질병'의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 '여성질병'으로 진단된 경우에는 이는 '여성질병'의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.
② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
7. 정상분만, 치과질환

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

여성질병수술비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '여성질병'으로 진단확정되고, 그 '여성질병'의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 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(여성질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '여성질병'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표17] '여성질병 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
② '여성질병'의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 합니다. 또한 회사가 '여성질병'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사,

치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다.

[신의료기술평가위원회]

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시]

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술

- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장, 경막외강 신경성형술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

* 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

급여 요실금수술비(연간 1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '요실금'으로 진단확정되고, 그 '요실금'의 직접적인 치료를 목적으로 '급여 요실금수술'을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.
② 제1항의 '연간'이라 함은 최초계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 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(요실금의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '요실금'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표18] '요실금 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
② '요실금'의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 전문의(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 요실금의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(요실금, 급여 요실금수술의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '급여 요실금수술'이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 요실금수술 항목에서 급여(전액본인부담 제외)항목이 발생한 경우로서 [별표19] '급여 요실금수술 분류표'에 해당하는 요실금수술 대상 진료행위코드를 말합니다.
② 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 '급여 요실금수술'의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 '급여 요실금수술' 의료행위 당시 「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」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 '급여 요실금수술' 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 의사라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정 부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
② 제1항의 수술은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의

의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

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

[신의료기술평가위원회]

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시]

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술

- IPL(intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장, 경막외강 신경성형술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

＊본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 사망진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서('건강보험심사평가원 진료 수가코드(EDI)' 필수 기재), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한

국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한
의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

독감항바이러스제치료비(연간 1회한, 3일 면책)

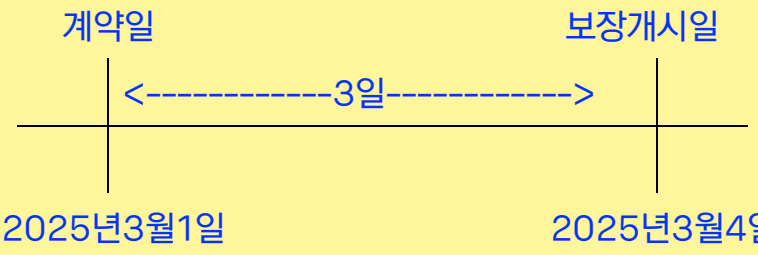
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항 또는 제3항에서 정한 보장개시일 이후에 '독감'으로 진단확정되고, 그 '독감'의 직접적인 치료를 목적으로 '독감 항바이러스제'를 처방받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액	
		계약일로부터 3일 미만	계약일로부터 3일 이상
독감 항바이러스제 치료비	'독감'으로 진단 받고, '독감 항바이러스제'를 처방 받은 경우	미지급	보험가입금액의 100%

② 제1항의 '독감'에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 3일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

['독감'에 대한 보장개시일 예시]



③ 보통약관 제27조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 '독감'에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 3일이 지난 날의 다음날로 합니다.

④ 제1항의 '연간'이라 함은 최초계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 질병에 의해 '독감'으로 진단확정되거나 각각 다른 성분 또는 개별 약제명으로 '독감 항바이러스제'를 처방받은 경우에도 1회에 한하여 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.

제3조(독감, 독감 항바이러스제의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '독감'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표20] '독감(인플루엔자) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
② '독감'의 진단확정은 「의료법」 제3조 제2항에서 정한 국내의 의원, 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 배양검사, 유전자 검출 검사, 혈청검사, 신속항원검사(Rapid Antigen test) 또는 의사의 임상적 판단 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 '독감'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
③ 이 특별약관에서 '독감 항바이러스제'라 함은 '독감'의 직접적인 치료를 목적으로 체내에 침입한 바이러스의 작용을 약화 또는 소멸시키기 위해 사용하는 약제로서, 진단 당시 식품의약품안전처에서 허가된 '효능·효과' 항목에 독감(인플루엔자) 바이러스 감염증의 치료제로 기재된 경우에 한하여 인정합니다.

[독감 항바이러스제 해당 성분명 안내]

성분명은 '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다.

- 오셀타미비르(oseltamivir)
- 자나미비르(zanamivir)
- 페라미비르(peramivir)
- 발록사비르(baloxavir)

＊상기 독감 항바이러스제 해당 성분명은 2020년 7월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소시 해당 내용이 변경될 수 있습니다.

<식품의약품안전처 허가 내 '효능·효과' 확인 방법>

식품의약품안전처

의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서('독감 항바이러스제' 처방여부 및 의약품명이 기재된 진단서 또는 의사소견서, 진료비계산서, 진료비세부내역서 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(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

폐렴진단비(연간 1회한, 3일 면책)

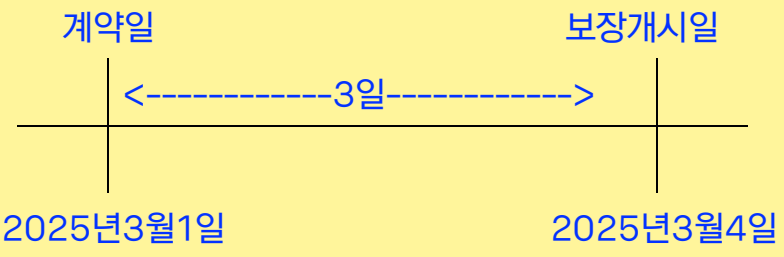
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항 또는 제3항에서 정한 보장개시일 이후에 '폐렴'으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액	
		계약일로부터 3일 미만	계약일로부터 3일 이상
폐렴진단비	'폐렴'으로 진단 받은 경우	미지급	보험가입금액의 100%

② 제1항의 '폐렴'에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 3일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

['폐렴'에 대한 보장개시일 예시]



③ 보통약관 제27조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 '폐렴'에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 3일이 지난 날의 다음날로 합니다.

④ 제1항의 '연간'이라 함은 최초계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 '폐렴'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 보통약관 제22조(계약의 소멸)에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 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 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(폐렴의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '폐렴'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표21] '폐렴 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
② '폐렴'의 진단확정은 「의료법」 제3조 제2항에서 정한 국내의 의원, 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 항체, 항원검사, 유발검사 및 피부시험 등을 기초로 내려져야 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

호흡기관련질병입원비(1~7일)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에
'호흡기관련질병'으로 진단확정되고, 그 '호흡기관련질병'의 직접적인
치료를 목적으로 병원 또는 의원에 1일이상 계속 입원하였을 경우에는
입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게
보험금으로 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 7일을
최고 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 '호흡기관련질병'의 치료를 목적으로 2회 이상
입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나
동일한 '호흡기관련질병'에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종
입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운
입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터
180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가
지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시안내]



② 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한

'호흡기관련질병'의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때(예를 들어 의사의 지시를 따르지 않은 외출, 외박 등)에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(호흡기관련질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '호흡기관련질병'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표22] '호흡기관련질병 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
② 호흡기관련질병의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 호흡기관련질병의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(입원의 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 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
② 이 특별약관에서 '호흡기관련질병의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원'이란 의사에 의하여 '호흡기관련질병'으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, '호흡기관련질병'의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 '호흡기관련질병'을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 '호흡기관련질병'의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 '호흡기관련질병'으로 진단된 경우에는 이는 '호흡기관련질병'의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

호흡기관련질병수술비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '호흡기관련질병'으로 진단확정되고, 그 '호흡기관련질병'의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

제2조(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.

제3조(호흡기관련질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '호흡기관련질병'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표22] '호흡기관련질병 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
② 호흡기관련질병의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 호흡기관련질병의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다.

[신의료기술평가위원회]

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시]

- 체외 충격파 쇄석술

- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장, 경막외강 신경성형술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

* 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

기후성질환진단비(온열, 한랭)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '기후성질환'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 '기후성질환'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 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.

제3조(기후성질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '기후성질환'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표23] '기후성질환 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
② '기후성질환'의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

또한 회사는 '기후성질환'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
③ 제2항의 '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.
④ 제2항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중

계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

식중독진단비(연간 1회한, 3일 면책)

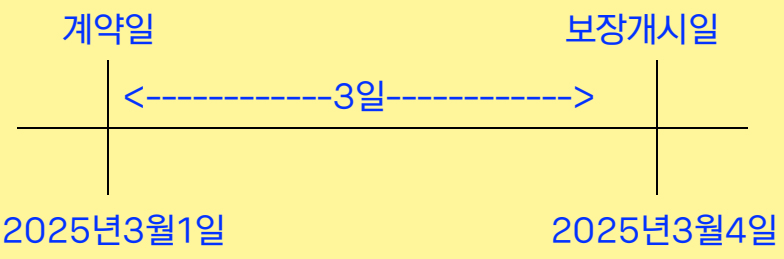
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항 또는 제3항에서 정한 보장개시일 이후에 '식중독'으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액	
		계약일로부터 3일 미만	계약일로부터 3일 이상
식중독진단비	'식중독'으로 진단 받은 경우	미지급	보험가입금액의 100%

② 제1항의 '식중독'에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 3일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

['식중독'에 대한 보장개시일 예시]



③ 보통약관 제27조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 '식중독'에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 3일이 지난 날의 다음날로 합니다.

④ 제1항의 '연간'이라 함은 최초 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 '식중독'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 보통약관 제22조(계약의 소멸)에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 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)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(식중독의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '식중독'이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요 증세로 하는 급성질환으로 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표24] '식중독 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
② '식중독'의 진단확정은 「의료법」 제3조 제2항에서 정한 국내의 의원, 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

식중독입원비(1~7일)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '식중독'으로 진단확정되고, 그 '식중독'의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 1일 이상 계속 입원하였을 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 7일을 최고 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 '식중독'의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 '식중독'에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시안내]



② 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한

'식중독'의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보상합니다.
④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때(예를 들어 의사의 지시를 따르지 않은 외출, 외박 등)에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(식중독의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '식중독'이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요 증세로 하는 급성질환으로 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표24] '식중독 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
② '식중독'의 진단확정은 「의료법」 제3조 제2항에서 정한 국내의 의원, 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(입원의 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 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 '식중독의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원'이란 의사에 의하여 '식중독'으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, '식중독'의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 '식중독'을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 '식중독'의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 '식중독'으로 진단된 경우에는 이는 '식중독'의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절진단비(치아파절제외)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 '골절(치아파절제외)'로 진단확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절상태(복합골절) 발생 시는 1회에 한하여 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.

제3조(골절의 정의)

이 특별약관에서 '골절(치아파절제외)'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표25] '골절(치아파절제외) 분류표'에 해당하는 상병을 말합니다.

[용어해설]
골절이라 함은 외력에 의해 뼈의 연속성이 완전 또는 불완전하게 소실된 상태를 말하며, 골절이 의심되는 경우에는 단순방사선검사(X선 촬영) 또는 CT와 같은 영상검사 등을 통해 확인합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

깁스치료비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 '깁스(Cast)치료'를 받은 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 '깁스(Cast)치료'를 2회 이상 받거나 동시에 서로 다른 신체 부위에 '깁스(Cast)치료'를 받은 경우에는 1회에 한하여 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.

제3조(깁스(Cast)치료의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '깁스(Cast)치료'라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 '깁스(Cast)치료'가 필요하다고 인정된 경우로서, 의사의 관리 하에 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 제1항에서 '부목(Splint Cast) 치료'란 석고붕대 또는

섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절수술비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 '골절'을 입고, 그 '골절'의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2종류 이상 또는 같은 종류의 골절수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 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.

제3조(골절의 정의)

이 특별약관에서 '골절'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표26] '골절 분류표'에 해당하는 상병을 말합니다.

[용어해설]
골절이라 함은 외력에 의해 뼈의 연속성이 완전 또는 불완전하게 소실된 상태를 말하며, 골절이 의심되는 경우에는 단순방사선검사(X선 촬영) 또는 CT와 같은 영상검사 등을 통해 확인합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다.

[신의료기술평가위원회]

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시]

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장, 경막외강 신경성형술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

* 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

급여 골절철심제거수술비(연간 1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 '골절(치아파절제외)'로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 체내에 삽입한 철심을 제거하는 '급여 골절철심제거술'을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.
② 제1항의 '연간'이라 함은 최초계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(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.

제3조(골절(치아파절제외)의 정의)

이 특별약관에서 '골절(치아파절제외)'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표25] '골절(치아파절제외) 분류표'에 해당하는 상병을 말합니다.

제4조(급여 골절철심제거술의 정의)

① 이 특별약관에서 '급여 골절철심제거술'이라 함은 [별표27] '급여 골절철심제거술 분류표'에 해당하는 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 급여 골절철심제거술은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원,의원에서 행한 것에 한합니다.
③ 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 '급여 골절철심제거술'의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 '급여 골절철심제거술' 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 특별약관에서 보장하는 '급여 골절철심제거술' 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 사망진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서('건강보험심사평가원 진료 수가코드(EDI)' 필수

기재), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서,
본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 제1항 제2호 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한
의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

관절손상수술비(무릎, 고관절)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 '관절손상(무릎, 고관절)'으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 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.

제3조(관절손상(무릎, 고관절)의 정의)

이 특별약관에서 '관절손상(무릎, 고관절)'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표28] '관절손상(무릎, 고관절) 분류표'에 해당하는 상병을 말합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가

필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다.

[신의료기술평가위원회]

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시]

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술

- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장, 경막외강 신경성형술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

* 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

스마트기기관련질환입원비(4~120일)

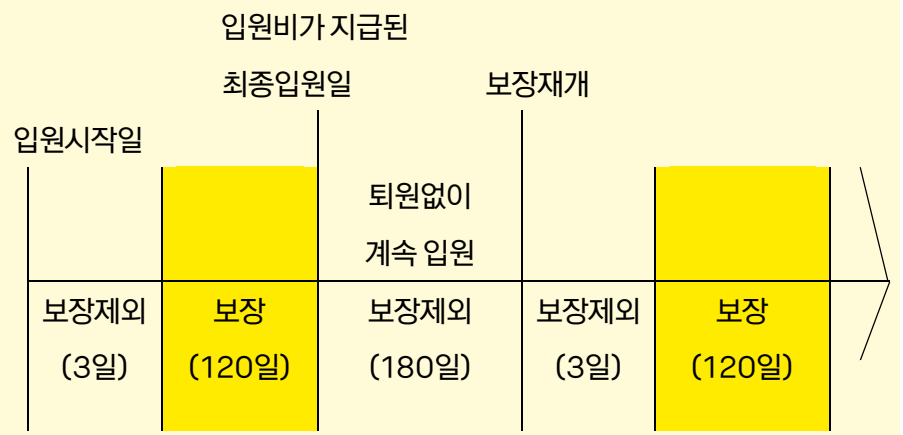
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '스마트기기관련질환'으로 진단확정되고, 그 '스마트기기관련질환'의 직접적인 치료를 목적으로 4일이상 계속 입원하였을 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 '스마트기기관련질환'의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 '스마트기기관련질환'에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

[예시안내]



② 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 '스마트기기관련질환'의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
③ 피보험자가 '스마트기기관련질환'에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 입원비를 계속 보장합니다.
④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때(예를 들어 의사의 지시를 따르지 않은 외출, 외박 등)에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(스마트기기관련질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '스마트기기관련질환'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표29] '스마트기기관련질환 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
② '스마트기기관련질환'의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의해 내려져야 합니다. 또한 회사가 '스마트기기관련질환'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '입원'이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격증을 가진 자(이하 '의사'라 합니다.)에 의하여 '스마트기기관련질환'의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
② 이 특별약관에서 '스마트기기관련질환' 의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원'이란 의사에 의해 '스마트기기관련질환'으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, '스마트기기관련질환'의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 '스마트기기관련질환'을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 '스마트기기관련질환'의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 '스마트기기관련질환'으로 진단된 경우에는 이는 '스마트기기관련질환'의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.
② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개

5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료

6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술

7. 정상분만, 치과질환

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

화상진단비(표재성 2도이상, 연간 1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 '화상'으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.
② 제1항의 '연간'이라 함은 최초계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 화상진단의 직접적인 원인 및 부위에 상관없이 연간 1회에 한하여 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.

제3조(화상의 정의)

이 특별약관에서 '화상'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표30] '화상 분류표' 에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 표재성 2도이상의 화상을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지

않습니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음의 상병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 상병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다

1. 머리 및 목의 1도 화상 및 부식(T20.1, T20.5)
2. 몸통의 1도 화상 및 부식(T21.1, T21.5)
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 1도 화상 및 부식(T22.1, T22.5)
4. 손목 및 손의 1도 화상 및 부식(T23.1, T23.5)
5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 1도 화상 및 부식(T24.1, T24.5)
6. 발목 및 발의 1도 화상 및 부식(T25.1, T25.5)
7. 1도 화상의 언급만 있는 여러 신체 부위의 화상(T29.1)
8. 1도 부식의 언급만 있는 여러 신체 부위의 부식(T29.5)
9. 상세불명 신체부위의 1도 화상 및 부식(T30.1, T30.5)

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

갑상선기능저하증진단비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에
'갑상선기능저하증'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여
아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액	
		계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상
갑상선기능저하증 진단비	'갑상선기능저하증'으로 진단 받은 경우	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 '갑상선기능저하증'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 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.

제3조(갑상선기능저하증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '갑상선기능저하증'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표31] '갑상선기능저하증 분류표'에 해당하는 질병을 말하며, 선천성 요오드결핍증후군 및 선천성 갑상선기능저하증은 포함하지 않습니다.
② '갑상선기능저하증'의 진단확정은 「의료법」 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 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 갑상선기능저하증으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 또한, 회사가 갑상선기능저하증의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관 은 그 때부터

효력이 없습니다. 이 때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항의 '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.

④ 제2항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

추간판탈출증진단비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '추간판탈출증'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액	
		계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상
추간판탈출증진단비	'추간판탈출증'으로 진단 받은 경우 (최초 1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

제2조(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.

제3조(추간판탈출증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '추간판탈출증'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표32] '추간판탈출증 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
② '추간판탈출증'의 진단확정은 「의료법」 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여

내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 전산화단층촬영(CT) 또는 자기공명영상(MRI)소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 추간판탈출증의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관 은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
③ 제2항의 '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.

④ 제2항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

추간판탈출증수술비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '추간판탈출증'으로 진단확정되고, 그 '추간판탈출증'의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(추간판탈출증의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에서 '추간판탈출증'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표32] '추간판탈출증 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에

절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다.

[신의료기술평가위원회]

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시]

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술,

시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술

- IPL(intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술

- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장, 경막외강 신경성형술

- 추간판 관련 경막외 신경차단술

- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치

- 기타 이와 유사한 시술

* 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

급여 추간판탈출증 신경차단술치료비(연간 1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 '추간판탈출증'으로 진단확정되고, 그 치료를 목적으로 '급여 추간판탈출증 신경차단술'을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.
② 제1항의 '연간'이라 함은 최초계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(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.

제3조(추간판탈출증의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에서 '추간판탈출증'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표32] '추간판탈출증 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

제4조(급여 추간판탈출증 신경차단술의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '급여 추간판탈출증 신경차단술'이라 함은 [별표33] '급여 추간판탈출증 신경차단술 분류표'에 해당하는 진료행위를 말하며, 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한

경우를 말합니다.
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 신경차단술'의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 '급여 추간판탈출증 신경차단술' 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 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 사망진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서('건강보험심사평가원 진료 수가코드(EDI)' 필수 기재), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서,

본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

치핵수술비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '치핵'으로 진단확정되고, 그 '치핵'의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액	
		계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상
치핵수술비	'치핵'으로 수술을 받은 경우	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(치핵의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에서 '치핵'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표34] '치핵 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사,

치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다.

[신의료기술평가위원회]

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시]

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상 봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술

- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 티눈 및 굳은살 진단하에 냉동응고술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복제정맥 폐쇄술
- IPL(intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이져 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장, 경막외강 신경성형술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

* 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

대상포진진단비(30일 면책)

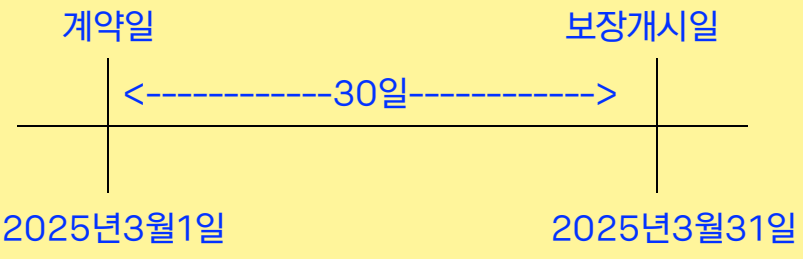
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항 또는 제3항에서 정한 보장개시일 이후 '대상포진'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액	
		계약일로부터 30일 미만	계약일로부터 30일 이상
대상포진 진단비	'대상포진'으로 진단 받은 경우(최초 1회한)	미지급	보험가입금액의 100%

② 제1항의 '대상포진'에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 30일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

['대상포진'에 대한 보장개시일 예시]



③ 보통약관 제27조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 '대상포진'에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 30일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 '대상포진'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로

보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 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.

제3조(대상포진의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '대상포진'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표35] '대상포진 분류표'에 해당하는 질병을 말하며, '단순포진'은 포함하지 않습니다.

② 제1항에서 '단순포진'이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 A60(항문생식기의 헤르페스바이러스[단순헤르페스] 감염) 또는 B00(헤르페스바이러스[단순헤르페스] 감염)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ '대상포진'의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사는 '대상포진'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산 한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 또는 제3항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제3조('대상포진' 의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '대상포진'으로 진단확정된 경우. 다만, 보통약관 제27조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 또는 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제3조('대상포진' 의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '대상포진'으로 진단확정되는 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 해당 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 해당 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
③ 제2항의 '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.
④ 제2항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

요로결석진단비(1년 면책)

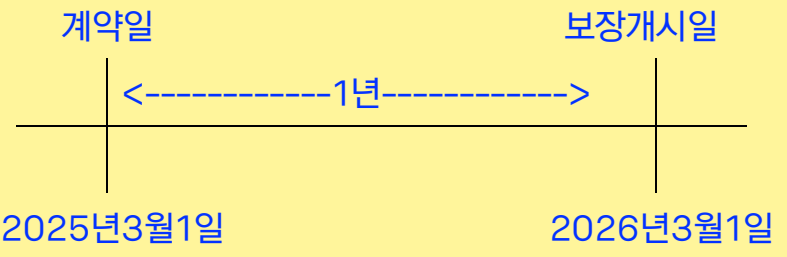
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항 또는 제3항에서 정한 보장개시일 이후 '요로결석'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액	
		계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상
요로결석 진단비	'요로결석'으로 진단 받은 경우(최초 1회한)	미지급	보험가입금액의 100%

② 제1항의 '요로결석'에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

['요로결석'에 대한 보장개시일 예시]



③ 보통약관 제27조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 '요로결석'에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 '요로결석'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로

보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 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.

제3조(요로결석의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '요로결석'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표36] '요로결석 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② '요로결석'의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 임상적 증상과 함께 소변검사, 초음파, X-선검사 및 전산화 단층촬영(CT Scan) 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '요로결석'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 또한 회사는 '요로결석'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금

지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산 한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
2. 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 또는 제3항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제3조('요로결석' 의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '요로결석'으로 진단확정된 경우. 다만, 보통약관 제27조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 또는 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제3조('요로결석' 의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '요로결석'으로 진단확정되는 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 해당 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 해당 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
③ 제2항의 '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.
④ 제2항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

양성종양진단비(소화기 관련)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '양성종양(소화기 관련)'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액	
		계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이상
양성종양진단비(소화기 관련)	'양성종양(소화기 관련)'으로 진단받은 경우 (최초 1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 '양성종양(소화기 관련)'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 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.

제3조(양성종양(소화기 관련)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '양성종양(소화기 관련)'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표37] '양성종양(소화기 관련) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
② '양성종양(소화기 관련)'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '양성종양(소화기 관련)'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고시점으로 합니다.
③ 제2항에 따른 '양성종양(소화기 관련)'의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '양성종양(소화기 관련)'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및

미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항의 '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.

④ 제2항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

10대소화기질환진단비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에
'10대소화기질환'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여
아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액	
		계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
10대소화기질환 진단비	'10대소화기질환'으로 진단 받은 경우(최초 1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 '10대소화기질환'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 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.

제3조(10대소화기질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '10대소화기질환'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표38] '10대소화기질환 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
② 10대소화기질환의 진단확정은 「의료법」 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 위장조영술 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 10대소화기질환의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항의 '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.
④ 제2항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

통풍진단비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '통풍'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액	
		계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
통풍진단비	'통풍'으로 진단 받은 경우(최초 1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 '통풍'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 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 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(통풍의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '통풍'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표39] '통풍 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
② '통풍'의 진단확정은 「의료법」 제3조 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상학적 기준을 근거로 혈청 요산 검사, 관절액 채취 및 편광현미경 검사, 기타 혈액 검사 등의 검사 소견 및 초음파, 이중에너지 컴퓨터 단층촬영, 방사선 검사 등의 영상 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 '통풍'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관 은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항의 '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.
④ 제2항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

크론병및궤양성대장염진단비

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '크론병및궤양성대장염'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액	
		계약일로부터 1년 미만	계약일로부터 1년 이상
크론병 및 궤양성 대장염 진단비	'크론병 및 궤양성 대장염'으로 진단 받은 경우 (최초 1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 '크론병및궤양성대장염'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 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.

제3조(크론병및궤양성대장염의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 '크론병및궤양성대장염'이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표40] '크론병및궤양성대장염 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
② '크론병및궤양성대장염'의 진단확정은 「의료법」 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 내과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직병리학적·방사선학적 검진과 함께 내시경 검사, 전산화단층촬영(CT)등에 근거하여 문서화된 기록 도는 기록결과를 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 크론병및궤양성대장염의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관 은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 사망을 보험금 지급사유로 하지 않는 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게

지급합니다.

③ 제2항의 '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.

④ 제2항의 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 및 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액 및 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액 및 미경과보험료의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료 납입)

① 계약자는 이 특별약관에 따라 계약자의 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동 납입합니다.
② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 금융기관 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 금융기관의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로하여 보통약관의 「계약의 성립」의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약 청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴 의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 거래정지된 경우에는 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하 '보험계약'이라 합니다)에 적용합니다.

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)

① 이 특별약관은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.
② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

① 계약자는 보험계약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 1인을 보험금의 대리청구인(이하 '지정대리청구인'이라 합니다)으로 지정(제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 포함)할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
② 제1항에도 불구하고 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서,
본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

제5조(보험금 지급 등의 절차)

① 지정대리청구인은 제6조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 청구대리인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 청구대리인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(기본증명서 등) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

장애인전용보험전환 특별약관

제1조(적용범위)

① 이 특별약관은 회사가 정한 방법에 따라 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(이하 '전환대상계약'이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.

1. 「소득세법」 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호에 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 제59조의4 제1항 제1호에서 "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 제59조의4 제1항 제2호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.

1. 생명보험
2. 상해보험
3. 화재·도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험
4. 「수산업협동조합법」, 「신용협동조합법 또는 「새마을금고법」에 따른 공제
5. 「군인공제회법」, 「한국교직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제
6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3억원을 초과하는 경우는 제외한다.

[「소득세법 시행규칙」 제61조의3(공제대상보험료의 범위)]

영 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) 제1항에서 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 제107조 제1항 제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동 복지지원법」 제21조 제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

[이 특별약관을 적용할 수 없는 사례]

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 보험수익자 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(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조(장애인전용보험으로의 전환) 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(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 제1호에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.
② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시됩니다.

[예시] 2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특별약관을

청약하기 전(2019.1.15.~2019.5.31.)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시되지 않고 특별세액공제 대상에 포함되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2019.6.1.~2019.12.31.) 납입된 보험료만 2019년 특별세액공제 대상이 됩니다.

③ 제2항에도 불구하고, 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 전환대상계약이 제1조(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 또는 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시되지 않습니다.
다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

[예시] 2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2019년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며 「소득세법」에 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(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특별약관의 효력이 없어진 경우 해당 전환대상계약에는 이 특별약관을 다시 부가할 수 없습니다.

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 및 「소득세법」 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.
②「소득세법」 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

보험계약 변경 정산액 분할납입 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위 및 체결)

이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 「보험계약」이라 합니다)의 계약내용 변경으로 인해 계약자적립액의 차이가 발생하고 이에 따라 계약자가 추가납입하여야 할 금액 중 이 특별약관의 사업방법서에서 정한 적용대상 정산액(이하 「정산액」이라 합니다)이 발생한 경우 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)의 청약과 보험회사(이하 「회사」라 합니다)의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

제2조(특별약관의 효력)

① 제1조(특별약관의 적용범위 및 체결)에 따라 이 특별약관이 체결된 때(이하 「체결일」이라 합니다)부터 보험계약은 정산액을 일시에 납입한 것과 동일한 계약변경 효력을 가집니다.
② 계약자는 정산액을 대신하여 분할납입기간 동안 분할납입금액에 체결일 시점의 평균공시이율로 계산한 이자비용을 더한 금액(이하 「최종분할납입금액」이라 합니다)을 매 납입 기일까지 납입하여야 합니다. 분할납입금액 및 이자비용에 대한 계산은 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 정한 바를 따릅니다.
③ 제2항의 납입기일은 체결일 이후부터 도래하는 보험계약 보통약관의 납입기일로 합니다.
④ 제2항에도 불구하고 계약자는 잔여 분할납입금액을 일시에 납입할 수 있습니다.
⑤ 제2항에도 불구하고 계약자 또는 피보험자가 최종분할납입금액의 납입 완료 이전에 보험료, 계약자적립액 등에 영향을 미칠 수 있는 계약내용을 변경하는 경우 계약자는 잔여 분할납입금액을 일시에 납입하여야 합니다.

⑥ 보험기간이 끝난 때에 최종분할납입금액의 납입이 완료되지 않은 경우 계약자는 잔여 분할납입금액을 일시에 납입하여야 합니다.
계약자가 잔여 분할납입금액을 납입하지 않은 때에는 회사는 잔여 분할납입금액에 이자비용을 더한 금액을 만기환급금에서 차감하여 지급할 수 있습니다.
⑦ 보험계약의 해약환급금 지급사유가 발생한 때에 최종분할납입금액의 납입이 완료되지 않은 경우 계약자는 잔여 분할납입금액을 일시에 납입하여 합니다. 계약자가 잔여 분할납입금액을 납입하지 않은 때에는 회사는 잔여 분할납입금액에 이자비용을 더한 금액을 해약환급금에서 차감하여 지급할 수 있습니다.
⑧ 제4항 내지 제7항에 따라 잔여 분할납입금액을 일시에 납입하는 경우 잔여 분할납입금액에 직전 최종분할납입금액 납입일 시점부터 일시납입 시점까지의 경과기간에 대한 이자비용을 더하여 납입하여야 합니다. 이자비용에 대한 계산을 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 정한 바를 따릅니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 계약자가 최종분할납입금액의 납입을 완료한 때에는 납입을 완료한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
② 피보험자가 최종분할납입금액의 납입이 완료되기 전에 사망하였을 경우 제2조(특별약관의 효력) 제8항에서 정한 일시 납입금액을 계약자적립액에서 차감하여 지급하고, 이 특별약관은 더이상 효력이 없습니다.

제4조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 최종분할납입금액을 납입기일까지 납입하지 않아 납입이

연체중인 경우 회사는 보험계약 「보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지」에 따라 납입최고(독촉)와 보험계약의 해지를 할 수 있습니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보험계약 「보험료의 납입이 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복) 」에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

별표

[별표1] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
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%)
해약 환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50%
		1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산합니다.

주2) 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

주3) 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

주4) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

주5) 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.

[별표2] 악성신생물(암) 분류표

약관에서 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00~C14
소화기관의 악성신생물	C15~C26
호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30~C39
골 및 관절연골의 악성신생물	C40~C41
흑색종 및 기타 피부의 악성신생물	C43~C44
중피성 및 연조직의 악성신생물	C45~C49
유방의 악성신생물	C50
여성 생식기관의 악성신생물	C51~C58
남성 생식기관의 악성신생물	C60~C63
요로의 악성신생물	C64~C68
눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물	C69~C72
갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물	C73~C75
불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76~C80
림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81~C96
독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물	C97
진성 적혈구 증가증	D45
골수형성이상 증후군	D46
만성 골수증식 질환	D47.1
본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
골수섬유증	D47.4
만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
주2) 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.
주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

[별표3] 기타피부암 분류표

약관에서 규정하는 기타피부암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
기타 피부의 악성신생물	C44

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 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.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

[별표4] 갑상선암 분류표

약관에서 규정하는 갑상선암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
갑상선의 악성신생물	C73

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 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.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

[별표5] 제자리신생물 분류표

약관에서 규정하는 제자리신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
중이 및 호흡기계통의 제자리암종	D02
제자리흑색종	D03
피부의 제자리암종	D04
유방의 제자리암종	D05
자궁경부의 제자리암종	D06
기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 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.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

[별표6] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에서 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
여성생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
뇌 및 중추신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에

따라 판단합니다.

주2) 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.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

[별표7] 뇌혈관질환 분류표

약관에서 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
거미막하 출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내 출혈	I62
뇌경색증	I63
출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
기타 뇌혈관질환	I67
달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
뇌혈관질환의 후유증	I69

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 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.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류

질병코딩지침서를 따릅니다.

[별표8] 뇌졸중 분류표

약관에서 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
거미막하 출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내 출혈	I62
뇌경색증	I63
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 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.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

[별표9] 뇌출혈 분류표

약관에서 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
거미막하 출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내 출혈	I62

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 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.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

[별표10] 허혈성심장질환 분류표

약관에서 규정하는 허혈성심장질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
협심증	I20
급성심근경색증	I21
후속 심근경색증	I22
급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
기타 급성 허혈심장질환	I24
만성 허혈심장병	I25

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 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.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

[별표11] 급성심근경색증 분류표

약관에서 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
급성심근경색증	I21
후속 심근경색증	I22
급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 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.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

[별표12] 1~5종 수술분류표

1. 일반 질병 및 상해 치료목적의 수술

구분	수술명	수술종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25㎠이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25㎠미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 유방절제술(Mammotomy)는 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(Implan	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)·악관 절(顎關節)은 제외함]	3
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡수술은 제외]	1

t) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	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 수반하는것]	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),	4

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

	절제수술(타석제거는 제외)	
	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)	4

	관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 단, 직장탈근본수술은 제외	
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1
	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 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
비뇨기계, 생식기계의 수술 (인공임신 중절수술은 제외함)	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	1

	간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	
	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(脊腫瘍) 절제수술	4
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 제외)	1
	64. 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 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] [시력회복 및 시력개선 목적의 수술은 제외]	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,	3

	조직충전술(組織充塡術)	
	76. 안와내양절제수술	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 60일이내 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,약물주입요 법은 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) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2

	* 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	
	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)	2
	88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

주) 상기 1~87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)등에 의한 경피적(經皮的,Percutaneous) 수술은 88항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.

2. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술 (根治手術, Radicalcurative surgery) 단, 기타피부암(C44) 제외 [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술	5

등은 제외함]	
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 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3

주1) 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 '1. 일반 질병 및 상해치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.

주2) 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.

주3) 비고형암에 대한 비관혈적 근치술은 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.

3. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

수술명	수술종류
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	3

放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3

주) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

<1~5종 수술분류표 사용 지침>

1. '수술'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자가 보험대상자(피보험자)의 질병 또는 상해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 <1~5종 수술분류표>에 정한 행위[기구를 사용하여 생체에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경 BLOCK은 제외]를 하는 것을 말합니다.
2. '관혈(觀血)' 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. '관혈적 악성신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.
5. <1~5종 수술분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에

대한 인정 및 적용 기준

<1~5종 수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 '수술'의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

1) 1 ~ 5종 수술분류표상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 1 ~ 5종 수술분류표상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1~5종 수술분류표> 중 '일반질병 및 상해치료 목적의 수술' 88항 (악성신생물의 경우는 '악성신생물 치료목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.

6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. '두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료'라 함은 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 수술급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다.

1) 미용 성형상의 수술

2) 피임(避妊) 목적의 수술

3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술

4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

[별표13] 급여 골밀도검사 분류표

대상항목	수가코드
골밀도검사[재료대포함]	
가. 양방사선(광자) 골밀도검사	
(1) 1부위	HC341
(2) 2부위이상	HC342
나. 정량적 전산화단층골밀도검사	
(1) QCT	HC343
(2) PQCT	HC346
다. 방사선흡수측정기방식	HC345
라. 기타 방법에 의한 것(단광자 골밀도측정(SPA), 양방사선말단골밀도측정(PDEXA), 단에너지 골밀도측정(SXA), 초음파 골밀도측정(QUS))	HC344

[별표14] 여성생식기 관련 암 분류표

약관에서 규정하는 여성생식기 관련 암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
외음의 악성신생물	C51
질의 악성신생물	C52
자궁경부의 악성신생물	C53
자궁체부의 악성신생물	C54
자궁의 상세불명 부분의 악성신생물	C55
난소의 악성신생물	C56
기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성신생물	C57
태반의 악성신생물	C58

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 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.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

[별표15] 유방암 분류표

약관에서 규정하는 유방암은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
유방의 악성 신생물	C50

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 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.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

[별표16] 급여 유방재건수술 분류표

대상항목	수가코드
유방재건	
가. 자가조직을 이용한 경우	
(1) 광배근	
(가) 광배근피판	N7140
(나) 광배근보존피판(또는 흉배동맥천공지피판)	N7141
(다) 확장광배근피판	N7142
(2) 횡복직근	
(가) 유경 횡복직근피판	N7143
(나) 양측유경 횡복직근피판	N7144
(다) 유리 횡복직근피판	N7145
(라) 유리 횡복직근보존피판	N7146
(3) 심하복벽천공지유리피판	N7147
나. 보형물을 이용한 경우	
(1) 유방확장기 삽입 및 확장	N7148
(2) 영구보형물 삽입	
(가) 유방절제와 동시 실시한 경우	N7149
(나) 유방확장기 제거 후 실시한 경우	N7150
(3) 유방피막절제(유방피막봉합·절개·피판술 포함)	N7151
다. 유두·유륜재건	
(1) 유두재건	N7152
(2) 유륜재건	N7153

[별표17] 여성질병 분류표

약관에서 규정하는 여성질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
유방의 장애	양성 유방형상이상	N60
	유방의 염증성 장애	N61
	유방의 상세불명의 덩이	N63
	유방의 기타 장애	N64
여성 골반내 기관의 염증성 장애	난관염 및 난소염	N70
	자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환	N71
	자궁경부의 염증성 질환	N72
	기타 여성골반염증성질환	N73
	자궁경부의 결핵감염	N74.0
	여성 결핵성 골반염증질환	N74.1
	달리 분류된 기타 질환에서의 여성골반염증장애	N74.8
	바르톨린선의 질환	N75
	질 및 외음부의 기타 염증	N76
	달리 분류된 질환에서의 외음질의 궤양 및 염증	N77
여성생식관의 비염증성 장애	자궁내막증	N80
	여성생식기탈출	N81
	여성생식관을 침범한 누공	N82
	난소, 난관 및 넓은 인대의	N83

	비염증성 장애	
	여성생식관의 폴립	N84
	자궁경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애	N85
	자궁경부의 미란 및 외반	N86
	자궁경부의 이형성	N87
	자궁경부의 기타 비염증성 장애	N88 (N88.3 제외)
	질의 기타 비염증성 장애	N89
	외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애	N90
	무월경, 소량 및 희발 월경	N91
	과다, 빈발 및. 불규칙 월경	N92
	기타 이상 자궁의 질 출혈	N93
	여성생식기관 및. 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태	N94
	폐경 및 기타 폐경전후 장해	N95
유방/자궁/난소 양성 신생물	유방의 양성 신생물	D24
	자궁의 평활근종	D25
	자궁의 기타 양성 신생물	D26
	난소의 양성 신생물	D27
	기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D28
골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증	M80
	병적 골절이 없는 골다공증	M81
	달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
	골연속성의 장애	M84

관절염	관절병증	M00-M25

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 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.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

[별표18] 요실금 분류표

약관에서 규정하는 요실금은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
스트레스 요실금	N39.3
기타 명시된 요실금	N39.4
상세불명의 요실금	R32

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 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.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

[별표19] 급여 요실금수술 분류표

대상항목	진료행위코드
요실금수술-개복에 의한 수술	R3562
요실금수술-질강을 통한수술-자가근막을 이용한 경우(근막채취료 포함)	R3564
요실금수술-질강을 통한 수술-기타의 경우	R3565

[별표20] 독감(인플루엔자) 분류표

약관에서 규정하는 독감(인플루엔자)는 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
확인된 동물에게 또는 범유행 인플루엔자 바이러스에 의한 인플루엔자	J09
확인된 계절성 인플루엔자 바이러스에 의한 인플루엔자	J10
바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자	J11

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 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.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

[별표21] 폐렴 분류표

약관에서 규정하는 폐렴은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
폐렴 연쇄알균에 의한 폐렴	J13
인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
상세불명 병원체의 폐렴	J18

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 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.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

[별표22] 호흡기관련질병 분류표

약관에서 규정하는 호흡기관련질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
급성상기도감염	J00~J06
상기도의 상세불명 질환	J39.9
급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
단순성 및 점액화농성 만성기관지염, 상세불명의 만성기관지염	J41, J42
천식, 천식지속 상태	J45, J46
폐렴	J12~J18
재향군인병	A48.1
폐렴이 합병된 홍역	B05.2

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 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.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

* 한국표준질병·사인분류 기준에 의거하여 상기 '호흡기관련질병' 중 일부는 아래와 같이 동시 진단될 수 있습니다.

호흡기관련질병 대상코드		동시진단가능코드	
대상이 되는 질병	분류 번호	대상이 되는 질병	분류 번호
달리 분류된 바이러스질환에서의 폐렴	J17.1*	거대세포바이러스폐렴	B25.0+
		폐렴이 합병된 홍역	B05.2+
		수두폐렴	B01.2+
기생충질환에서의 폐렴	J17.3*	폐 독소포자충증	B58.3+

상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어,
분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표23] 기후성질환 분류표

약관에서 규정하는 기후성질환은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
열 및 빛의 영향	T67
표재성 동상	T33
조직괴사를 동반한 동상	T34
여러 신체부위를 침범한 동상 및 상세불명의 동상	T35
저체온증	T68
저하된 온도의 기타 영향	T69

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 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.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

[별표24] 식중독 분류표

약관에서 규정하는 식중독은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
기타 살모넬라감염	A02
시겔라증	A03
기타 세균성 장 감염	A04
달리 분류되지 않은 기타 세균성 음식매개중독	A05
아메바증	A06
기타 원충성 장 질환	A07
바이러스성 및 기타 명시된 장 감염	A08
해산물로 섭취한 유해물질의 독성효과	T61
식품으로 섭취한 기타 유해물질의 독성효과	T62

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 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.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

[별표25] 골절(치아파절제외) 분류표

약관에서 규정하는 골절(치아파절제외)은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 상병	분류번호
두개골 및 안면골의 골절(치아의 파절 제외)	S02(S02.5 제외)
머리의 으깸손상	S07
머리의 상세불명 손상	S09.9
목의 골절	S12
늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
요추 및 골반의 골절	S32
어깨 및 위팔의 골절	S42
아래팔의 골절	S52
손목 및 손부위의 골절	S62
대퇴골의 골절	S72
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

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 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.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

[별표26] 골절 분류표

약관에서 규정하는 골절은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 상병	분류번호
두개골 및 안면골의 골절	S02
머리의 으깸손상	S07
머리의 상세불명 손상	S09.9
목의 골절	S12
늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
요추 및 골반의 골절	S32
어깨 및 위팔의 골절	S42
아래팔의 골절	S52
손목 및 손부위의 골절	S62
대퇴골의 골절	S72
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

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 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.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

[별표27] 급여 골절철심제거술 분류표

대상항목	수가코드
체내고정용금속제거술-골에 삽입한 금속핀이나 금속정 등을 근막절개 하에 간단히 제거한 경우	N0978
체내고정용금속제거술-골에 삽입한 금속핀이나 금속정 등을 근막절개 없이 간단히 제거한 경우	N0979
가. 골반골, 대퇴골	N0972
나. 상완골, 견갑골	N0973
다. 전완골, 하퇴골	
(1) 요골과 척골 중 하나, 경골과 비골 중 하나	N0977
(2) 요척골 동시, 경비골 동시	N0974
라. 쇄골, 슬개골, 수근골, 족근골	N0975
마. 중수골, 중족골, 지골	N0976

[별표28] 관절손상(무릎, 고관절) 분류표

약관에서 규정하는 관절손상(무릎·고관절)은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
무릎뼈의 골절	S82.0
경골 상단의 골절	S82.1
무릎의 탈구	S83.1
현존 반달연골의 찢김	S83.2
외측측부인대의 파열	S83.42
내측측부인대의 파열	S83.43
전십자인대의 파열	S83.52
후십자인대의 파열	S83.53
현존 무릎관절연골의 찢김	S83.3
무릎의 다발성 구조의 손상	S83.7
대퇴골 경부의 골절	S72.0
대퇴골전자부골절	S72.1
전자하골절	S72.2
고관절의 탈구	S73.0

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 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.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나
한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를
동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류
질병코딩지침서를 따릅니다.

[별표29] 스마트기기관련질환 분류표

약관에서 규정하는 스마트기기관련질환은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
근육골격계통	근육장애	M60~M63
	윤활막 및 힘줄장애	M65~M68
	기타 연조직장애	M70~M79
	기타 관절연골장애	M24.1
	인대장애	M24.2
	관절통	M25.5
	달리 분류되지 않은 관절의 경직	M25.6
	결합조직의 기타 전신 침범	M35
	경추상완증후군	M53.1
신경계통	팔의 단일 신경병증	G56

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 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.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류

질병코딩지침서를 따릅니다.

[별표30] 화상 분류표

약관에서 규정하는 화상은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
머리 및 목의 화상 및 부식	T20
몸통의 화상 및 부식	T21
손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
손목 및 손의 화상 및 부식	T23
발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
발목 및 발의 화상 및 부식	T25
눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
기도의 화상 및 부식	T27
기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
방사선에 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 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.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나
한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를
동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류
질병코딩지침서를 따릅니다.

[별표31] 갑상선기능저하증 분류표

약관에서 규정하는 갑상선기능저하증은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	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

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 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.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

[별표32] 추간판탈출증 분류표

약관에서 규정하는 추간판탈출증은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
경추간판장애	M50
기타 추간판장애	M51

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 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.

주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

[별표33] 급여 추간판탈출증 신경차단술 분류표

대상항목	수가코드
지주막하 신경차단술	LA210
경막외 신경차단술	
가. 일회성 차단	
(1) 경추 및 흉추	LA321
(2) 요추 및 천추	LA322
나. 지속적 차단	
(1) 피하터널식 카테터 삽입에 의한 방법	LA222, LA223
(2) 피하매몰 저장기펌프 삽입술에 의한 방법	LA224, LA225
(3) 기타(비터널식카테터)에 의한 방법	LA226, LA227
다. 경막외패치술[혈액채취료 포함]	LA228
경막외 저장기펌프 제거술	LA330
뇌신경 및 뇌신경말초지차단술	
가. 삼차신경절, 상악신경, 하악신경	LA340
나. 삼차신경의 분지	LA341
다. 안면신경	LA232
라. 설인신경	LA233
마. 접구개신경절	LA234
척수신경말초지차단술	
가. 대소후두신경	LA241
나. 상후두신경	LA242
다. 후두신경	LA243
라. 횡격막신경	LA244
마. 척추부신경	LA245
바. 액와신경	LA346
사. 액와하부신경	LA347
아. 견갑신경	LA247

자. 늑간신경	LA248
차. 장골서혜신경	LA249
카. 장골하복신경	LA270
타. 음부신경	LA271
파. 좌골신경	LA272
하. 폐쇄신경	LA273
거. 대퇴신경	LA274
너. 외측대퇴피신경	LA275
더. 상박신경총	LA276
척수신경총, 신경근 및 신경절차단술	
가. 경신경총	LA251
나. 방척추신경	LA352
다. 미골신경	LA353
라. 선택적 신경근	LA354
마. 척추후근신경절	LA355
바. 척수회백신경교통지	LA356
사. 요천골신경총	LA253
아. 척수신경 후지	LA357
자. 후지내측지	LA358
차. 추간관절차단	LA359
교감신경총 및 신경절차단술	
가. 간단한 것	LA261
나. 복잡한 것	
(1) 흉부교감신경절	LA361
(2) 요부교감신경절	LA362
(3) 복강신경총	LA264
(4) 하장간막신경총	LA265
(5) 상하복신경총	LA366
(6) 외톨이신경절	LA367

[별표34] 치핵 분류표

약관에서 규정하는 치핵은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
치핵 및 항문주위정맥혈전증 포함 — 치질 제외 — 출산 및 산후기 합병(O87.2), 임신 합병(O22.4)	K64

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 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.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

[별표35] 대상포진 분류표

약관에서 규정하는 대상포진은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
대상포진	B02

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 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.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

[별표36] 요로결석 분류표

약관에서 규정하는 요로결석은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
신장 및 요관의 결석	N20
하부요로의 결석	N21

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 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.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

[별표37] 양성종양(소화기 관련) 분류표

약관에서 규정하는 양성종양(소화기내시경관련)은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
맹장의 양성 신생물	D12.0
충수의 양성 신생물	D12.1
상행결장의 양성 신생물	D12.2
횡행결장의 양성 신생물	D12.3
하행결장의 양성 신생물	D12.4
구불결장의 양성 신생물	D12.5
상세불명의 결장의 양성 신생물	D12.6
직장구불결장접합부의 양성 신생물	D12.7
직장의 양성 신생물	D12.8
기타 및 부위불명의 소화계통의 양성 신생물	D13
위 및 십이지장의 폴립	K31.7
직장폴립	K62.1
결장의 폴립	K63.5

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 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.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나

한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

[별표38] 10대소화기질환 분류표

약관에서 규정하는 10대소화기질환은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
특정 식도궤양 출혈을 동반한 식도의 궤양	K22.11
출혈이 있는 급성 위궤양	K25.0
천공이 있는 급성 위궤양	K25.1
출혈 및 천공이 모두 있는 급성 위궤양	K25.2
출혈이 있는 급성 십이지장궤양	K26.0
천공이 있는 급성 십이지장궤양	K26.1
출혈 및 천공이 모두 있는 급성 십이지장궤양	K26.2
출혈이 있는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27.0
천공이 있는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27.1
출혈 및 천공이 모두 있는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27.2
위공장궤양	K28
방사선에 의한 위장염 및 결장염	K52.0
독성 위장염 및 결장염	K52.1
천공 및 농양이 있는 소장의 게실병, 게실염	K57.04
천공 및 농양이 있는 대장의 게실병, 게실염	K57.24
천공 및 농양이 있는 소장과 대장 모두의 게실병, 게실염	K57.44
천공 및 농양이 있는 상세불명 부분의 장의 게실병, 게실염	K57.84
급성 충수염	K35

기타 충수염	K36
상세불명의 충수염	K37
충수의 기타 질환	K38
복막염	K65
복막의 기타 장애	K66
장의 혈관장애	K55

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 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.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

[별표39] 통풍 분류표

약관에서 규정하는 통풍은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
통풍	M10

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 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.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

[별표40] 크론병및궤양성대장염 분류표

약관에서 규정하는 크론병및궤양성대장염은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
크론병(국소성 장염)	K50
궤양성 대장염	K51

주1) 제10차 개정이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 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.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주4) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

약관에서 인용한 법규

[법규1] 관공서의 공휴일에 관한 규정

제1조(목적)

이 영은 관공서의 공휴일에 관한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(공휴일)

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

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날(음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 삭제 <2005.6.30.>
6. 부처님오신날 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일(어린이날)
8. 6월 6일(현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일(기독탄신일)

10의2.「공직선거법」제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일

11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

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

1.제2조제2호 · 제6호 · 제7호 또는 제10호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우

2.제2조제4호 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.

[법규2] 금융소비자 보호에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
1.~ 7. (생략)
8."금융소비자"란 금융상품에 관한 계약의 체결 또는 계약 체결의 권유를 하거나 청약을 받는 것(이하 "금융상품계약체결등"이라 한다)에 관한 금융상품판매업자의 거래상대방 또는 금융상품자문업자의 자문업무의 상대방인 전문금융소비자 또는 일반금융소비자를 말한다.
9."전문금융소비자"란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 "금융상품판매업자등"이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.
가. 국가
나.「한국은행법」에 따른 한국은행
다. 대통령령으로 정하는 금융회사
라.「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)
마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

10. "일반금융소비자"란 전문금융소비자가 아닌 금융소비자를 말한다.

제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)

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

제47조(위법계약의 해지)

① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항 · 제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자등은 해지를 요구받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
② 금융소비자는 금융상품판매업자등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

[시행일 : 2021. 9. 25.] 제47조 중 금융상품자문업자 관련 부분

[법규3] 상법 시행령

제44조의2(타인의 생명보험)

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

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 "전자서명"이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조 · 변조 여부를 확인할 수 있을 것

[법규4] 응급의료에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2015. 1. 28., 2021. 12. 21.>

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 상담ㆍ구조(救助)ㆍ이송ㆍ응급처치 및 진료 등의 조치를 말한다.
3. "응급처치"란 응급의료행위의 하나로서 응급환자의 기도를 확보하고 심장박동의 회복, 그 밖에 생명의 위험이나 증상의 현저한 악화를 방지하기 위하여 긴급히 필요로 하는 처치를 말한다.
4. "응급의료종사자"란 관계 법령에서 정하는 바에 따라 취득한 면허 또는 자격의 범위에서 응급환자에 대한 응급의료를 제공하는 의료인과 응급구조사를 말한다.
5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.
6. "구급차등"이란 응급환자의 이송 등 응급의료의 목적에 이용되는 자동차, 선박 및 항공기 등의 이송수단을 말한다.
7. "응급의료기관등"이란 응급의료기관, 구급차등의 운용자 및 응급의료지원센터를 말한다.
8. "응급환자이송업"이란 구급차등을 이용하여 응급환자 등을

이송하는 업(業)을 말한다. [전문개정 2011. 8. 4.]

제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)
① 이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치ㆍ운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설ㆍ인력 등을 갖추어 시장ㆍ군수ㆍ구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 신고를 생략할 수 있다. <개정 2020. 12. 29., 2021. 12. 21.>
② 시장ㆍ군수ㆍ구청장은 제1항에 따른 신고를 받은 경우 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다. <신설 2020. 12. 29.>
[전문개정 2011. 8. 4.]

[법규5] 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. 별표 1의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

[별표1] 응급증상 및 이에 준하는 증상(제2조제1호 관련)

1. 응급증상

가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부손상

나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크

다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)

라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 중상, 다 발성 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°C 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)

바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상

사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

[법규6] 의료법

제3조(의료기관)

①이 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 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
가. 병원
나. 치과병원 다. 한방병원
라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다.
마. 정신병원 바. 종합병원
③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다. <개정 2009. 1. 30., 2010. 1. 18.>

[법규7] 전자서명법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. (생략)

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

가. 서명자의 신원

나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

3. ~ 10. (생략)

[법규8] 민법

제767조(친족의 정의)

배우자, 혈족 및 인척을 친족으로 한다.

제768조(혈족의 정의)

자기의 직계존속과 직계비속을 직계혈족이라 하고 자기의 형제자매와 형제자매의 직계비속, 직계존속의 형제자매 및 그 형제자매의 직계비속을 방계혈족이라 한다.

제769조(인척의 정의)

혈족의 배우자, 배우자의 혈족, 배우자의 혈족의 배우자를 인척으로 한다.