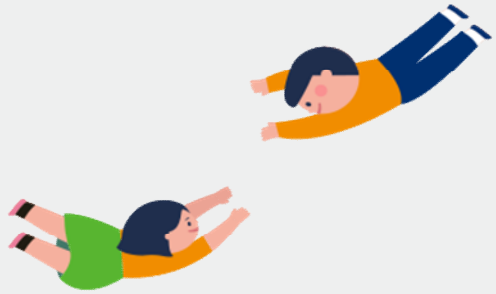
본 약관은 관계 법령 및 내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됩니다.

# 무배당
# 현대해상
# 간편한3.10.10건강보험
# (세만기형)
# (Hi2406)

1종(표준형(간편건강고지))
2종(해약환급금 미지급형(간편건강고지))

2종(해약환급금미지급형(간편건강고지))은 보험료 납입기간 중
해약환급금이 없는 상품입니다.

현대해상



## contents


Ⅰ. 약관 이용 가이드북
Ⅱ. 시각화된 약관 요약서
Ⅲ. 상품 안내
Ⅳ. 보통약관
Ⅴ. 특별약관
Ⅵ. 별표

# 주요목차


Ⅰ. 약관 이용 가이드북 ····· 19
1. QR코드로 편리하게 안내 받기 ····· 19
2. 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기 ····· 20

Ⅱ. 시각화된 약관 요약서 ····· 21
1. 보험계약의 개요 ····· 23
2. 반드시 알아두어야 할 유의사항 ····· 25
3. 보험계약 이해를 위한 주요 일반사항 ····· 28
4. 보험금 청구 및 지급절차 안내 ····· 32
5. 보험금 청구시 구비서류 안내 ····· 34
6. 자주 발생하는 민원 예시 ····· 39
7. 보험용어 해설 ····· 41

Ⅲ. 상품 안내 ····· 43

Ⅳ. 보통약관 ····· 93

Ⅴ. 특별약관 ····· 127

Ⅵ. 별표 ····· 981

< 참고 > 인용 법·규정 ····· 1125


**약관이용꿀팁**

❑ QR코드로 약관해설/보험금지급절차/전국지점 쉽게 안내받으세요~ ➜ 19P

❑ 약관 가장 뒷면에서 가나다순 특약색인으로 특약을 쉽게 찾으실 수 있습니다!

❑ 약관조항이 컬러화되거나 진하게 된 경우 주요 내용이므로 주의 깊게 읽어주세요!

※ 가입하신 계약관련 기타 문의사항은 당사 홈페이지(www.hi.co.kr) 또는 고객콜센터 1588-5656를 통해 더욱 편리하게 문의하실 수 있습니다.

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

# 보통약관 목차


제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 95
제1조 (목적) ····· 95
제2조 (용어의 정의) ····· 95

제2관 보험금의 지급 ····· 97
제3조 (보험금의 지급사유) ····· 97
제3조의2 (보험료 납입면제) ····· 97
제4조 (암 등의 정의 및 진단확정) ····· 97
제5조 (뇌졸중의 정의 및 진단확정) ····· 98
제6조 (급성심근경색증의 정의 및 진단확정) ····· 99
제7조 (뇌손상 등의 정의) ····· 99
제8조 (수술의 정의와 장소) ····· 99
제9조 (보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 100
제10조 (납입면제에 관한 세부규정) ····· 100
제11조 (보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 102
제12조 (보험금 지급사유 등의 통지) ····· 103
제13조 (보험금 등의 청구) ····· 103
제14조 (보험금 등의 지급절차) ····· 103
제15조 (중도인출금) ····· 104
제16조 (공시이율의 적용 및 공시) ····· 105
제17조 (만기환급금의 지급) ····· 106
제18조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) ····· 106
제19조 (보험금 받는 방법의 변경) ····· 107
제20조 (주소변경통지) ····· 107
제21조 (보험수익자의 지정) ····· 107
제22조 (대표자의 지정) ····· 107

제3관 계약자의 계약전 알릴 의무 등 ····· 108
제23조 (계약전 알릴 의무) ····· 108
제24조 (상해보험 계약 후 알릴 의무) ····· 108
제25조 (알릴 의무 위반의 효과) ····· 110
제26조 (사기에 의한 계약) ····· 111

제4관 계약의 성립과 유지 ····· 111
제27조 (계약의 성립) ····· 111
제28조 (피보험자의 범위) ····· 112
제29조 (청약의 철회) ····· 112
제30조 (약관교부 및 설명의무 등) ····· 113
제31조 (계약의 무효) ····· 114
제32조 (계약내용의 변경 등) ····· 115
제33조 (보험나이 등) ····· 115
제34조 (계약의 소멸) ····· 116

제5관 보험료의 납입 ····· 116
제35조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····· 116
제36조 (제2회 이후 보험료의 납입) ····· 117
제37조 (보험료의 자동대출납입) ····· 117
제38조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) ····· 118
제39조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····· 118
제40조 (강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) ····· 118

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ·····119
제41조 (계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ·····119
제41조의2 (위법계약의 해지) ·····119
제42조 (중대사유로 인한 해지) ·····120
제43조 (회사의 파산선고와 해지) ·····120
제44조 (해약환급금) ·····120
제45조 (보험계약대출) ·····122
제46조 (배당금의 지급) ·····122

제7관 분쟁의 조정 등 ·····122
제47조 (분쟁의 조정) ·····122
제48조 (관할법원) ·····122
제49조 (소멸시효) ·····122
제50조 (약관의 해석) ·····122
제51조 (설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) ·····123
제52조 (회사의 손해배상책임) ·····123
제53조 (개인정보보호) ·····123
제54조 (준거법) ·····123
제55조 (예금보험에 의한 지급보장) ·····123

[부표1] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ·····125

# 특별약관 목차


1. 상해관련 특별약관 ·····129

1-1 상해사망(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····129

1-2 상해후유장해(간편건강고지)보장 특별약관 ·····130

1-3 상해후유장해(50%이상)(간편건강고지) 보장 특별약관 ·····132

1-4 상해후유장해(50%이상,월지급형)(간편건강고지) 보장 특별약관 133

1-5 상해후유장해(80%이상)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····135

1-6 상해후유장해(80%이상,월지급형)(간편건강고지) 보장 특별약관 137

1-7 골절진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····138

1-8 골절진단(치아파절제외)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····139

1-9 골절(치아파절제외)부목치료(간편건강고지)보장 특별약관 ····140

1-10 5대골절진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····141

1-11 화상진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····142

1-12 특정외상성뇌출혈진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····143

1-13 특정외상성뇌손상진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····144

1-14 특정외상성장기손상진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····145

1-15 상해입원일당(1-180일)(간편건강고지)보장 특별약관
/상해입원일당(1-180일)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관147

1-16 상해입원일당(1-180일,종합병원)(간편건강고지) 보장 특별약관
149

1-17 상해입원일당(1-180일,중환자실)(간편건강고지) 보장 특별약관
151

1-18 상해수술입원일당(1-120일)(간편건강고지) 보장 특별약관 ···153

1-19 상해수술입원일당(1-10일)(간편건강고지) 보장 특별약관 ····155

1-20 상해수술입원일당(1-120일,종합병원)(간편건강 고지) 보장
특별약관 ·····158

1-21 상해수술입원일당(1-120일,상급종합병원) (간편건강고지)보장
특별약관 ·····162

1-22 간병인사용상해입원일당Ⅷ(1-180일)(간편건강고지) /
간병인사용상해입원일당Ⅷ(1-180일) (간편건강고지)(갱신형)보장
특별약관 ·····165

1-23 상해간호간병통합서비스입원일당(간편건강고지)보장 특별약관170

1-24 간병인사용상해입원일당(체증형)(1-180일)
(간편건강고지)/간병인사용상해입원일당(체증형)
(1-180일)(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 ·····173

1-25 상해입원일당(1-30일,종합병원,1인실) (간편건강고지)보장
특별약관 ·····178

1-26 상해입원일당(1-30일,상급종합병원,1인실) (간편건강고지)보장
특별약관 ·····180

1-27 상해입원일당(1-30일,종합병원,2~3인실) (간편건강고지)보장
특별약관 ·····181

1-28 상해입원일당(1-30일,상급종합병원,2~3인실) (간편건강고지)보장

특별약관 ·····183

1-29 상해수술(간편건강고지)보장 특별약관 /
상해수술(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····185

1-30 상해수술Ⅲ(1-5종)(수술회당지급)(간편건강고지) 보장 특별약관 /
상해수술Ⅲ(1-5종)(수술회당지급)(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관
·····188

1-31 상해수술(시술포함)(1-8종)(급여)(간편건강고지) 보장 특별약관
·····190

1-32 상해입원수술(당일입원제외)(간편건강고지)보장 특별약관 /
상해입원수술(당일입원제외)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 195

1-33 상해통원수술(당일입원포함)(간편건강고지)보장 특별약관 /
상해통원수술(당일입원포함)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 198

1-34 상해수술(종합병원)(간편건강고지)보장 특별약관 /
상해수술(종합병원)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····201

1-35 상해수술(상급종합병원)(간편건강고지)보장 특별약관 /
상해수술(상급종합병원)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····204

1-36 상해특정급여시술치료(연간1회한)(간편건강고지) 보장 특별약관207

1-37 골절수술(간편건강고지)보장 특별약관 ·····209

1-38 5대골절수술(간편건강고지)보장 특별약관 ·····211

1-39 골절철심제거수술(연간1회한,급여)(간편건강고지) 보장
특별약관 ·····212

1-40 화상수술(간편건강고지)보장 특별약관 ·····214

1-41 중대한특정상해수술(간편건강고지)보장 특별약관 ·····217

1-42 중증외상치료비(권역외상센터)보장 특별약관 ·····219

1-43 상해MRI검사지원비(연간1회한,급여)(간편건강고지) 보장 특별약관
·····221

1-44 상해CT검사지원비(연간1회한,급여)(간편건강고지) 보장
특별약관 ·····223

1-45 상해재활치료(연간15회한,급여)(간편건강고지)보장 특별약관 /
상해재활치료(연간15회한,급여)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관224

1-46 간병인사용상해입원일당Ⅷ(181-365일) (간편건강고지)보장
특별약관 / 간병인사용상해입원일당Ⅷ(181-365일)
(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····227

2. 질병관련 특별약관 ·····235

2-1 질병사망(간편건강고지)보장 특별약관 /
질병사망(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····235

2-2 질병후유장해(간편건강고지)보장 특별약관 /
질병후유장해(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····236

2-3 질병후유장해(50%이상)(간편건강고지) 보장 특별약관 ·····239

2-4 질병후유장해(50%이상,월지급형)(간편건강고지) 보장 특별약관 240

2-5 질병후유장해(80%이상)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····242

2-6 질병후유장해(80%이상,월지급형)(간편건강고지) 보장 특별약관 244

2-7 암진단Ⅱ(유사암제외)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····246

2-8 암진단Ⅱ(유사암제외)(감액및면책기간미적용) (간편건강고지)보장
특별약관 ·····248

2-9 암진단Ⅱ(유사암제외)(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 250

2-10 암진단Ⅱ(유사암제외)(감액및면책기간미적용)
(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 ·····254

2-11 유사암진단Ⅱ(양성뇌종양포함)(간편건강고지) 보장 특별약관 / 유사암진단Ⅱ(양성뇌종양포함)(간편건강고지) (갱신형)보장 특별약관 ·····257

2-12 유사암진단Ⅱ(양성뇌종양포함)(감액및면책기간 미적용)(간편건강고지)보장 특별약관 / 유사암진단Ⅱ(양성뇌종양포함)(감액및면책기간 미적용)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····260

2-13 재진단암진단Ⅱ(간편건강고지)보장 특별약관 ·····263

2-14 재진단암진단(기타피부암및갑상선암) (간편건강고지)보장 특별약관 ·····268

2-15 특정암진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····273

2-16 위암진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····276

2-17 폐암진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····278

2-18 간/담낭/담도/췌장암진단(간편건강고지) 보장 특별약관 ·····281

2-19 비뇨기관(신장/방광/요관)암진단(간편건강고지) 보장 특별약관 283

2-20 대장/소장/항문암진단(간편건강고지) 보장 특별약관 ·····286

2-21 3대암진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····288

2-22 중증갑상선암진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····291

2-23 전이암진단(최초1회한)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····295

2-24 전이암진단(최초1회한)(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 297

2-25 항암방사선치료Ⅱ(간편건강고지)보장 특별약관 ·····300

2-26 항암방사선치료Ⅱ(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····304

2-27 항암방사선치료Ⅱ(감액및면책기간미적용) (간편건강고지)보장 특별약관 ·····309

2-28 항암방사선치료Ⅱ(감액및면책기간미적용) (간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····311

2-29 항암방사선치료Ⅱ(치료당)(간편건강고지)보장 특별약관 ····315

2-30 항암방사선치료Ⅱ(치료당)(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 ·····318

2-31 항암약물치료Ⅱ(간편건강고지)보장 특별약관 ·····322

2-32 항암약물치료Ⅱ(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····325

2-33 항암약물치료Ⅱ(치료당)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····330

2-34 항암약물치료Ⅱ(치료당)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 335

2-35 항암약물치료Ⅱ(감액및면책기간미적용)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····340

2-36 항암약물치료Ⅱ(감액및면책기간미적용)(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 ·····342

2-37 항암방사선약물치료Ⅱ(연간1회한)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····346

2-38 항암방사선약물치료Ⅱ(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····349

2-39 항암방사선약물치료Ⅱ(연간1회한)(감액및면책기간미적용) (간편건강고지)보장 특별약관 ·····353

2-40 항암방사선약물치료Ⅱ(연간1회한)(감액및면책기간미적용) (간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····356

2-41 표적항암약물허가치료(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 360

2-42 표적항암약물허가치료(감액및면책기간미적용) (간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 ·····368

2-43 표적항암약물허가치료(연간1회한)(간편건강고지) (갱신형)보장
특별약관 ·····374

2-44 표적항암약물허가치료(치료당)(간편건강고지) (갱신형)보장
특별약관 ·····381

2-45 항암방사선(양성자)치료(간편건강고지)(갱신형) 보장
특별약관 ·····388

2-46 항암방사선(양성자)치료(치료당)(간편건강고지) (갱신형)보장
특별약관 ·····392

2-47 항암방사선(세기조절)치료(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관
·····397

2-48 항암방사선(세기조절)치료(치료당)(간편건강고지) (갱신형)보장
특별약관 ·····401

2-49 항암호르몬약물허가치료(간편건강고지)(갱신형) 보장
특별약관 ·····406

2-50 항암호르몬약물허가치료(치료당)(간편건강고지) (갱신형)
보장 특별약관 ·····413

2-51 갑상선암수술후호르몬약물치료(간편건강고지) (갱신형)보장
특별약관 ·····420

2-52 카티(CAR-T)항암약물허가치료(연간1회한)
(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····424

2-53 전이암항암약물치료(간편건강고지)보장 특별약관 ·····431

2-54 전이암항암방사선치료(간편건강고지)보장 특별약관 ·····433

2-55 전이암표적항암약물허가치료(간편건강고지)(갱신형)보장
특별약관 ·····435

2-56 전이암항암호르몬약물허가치료(간편건강고지) (갱신형)보장
특별약관 ·····441

2-57 전이암항암방사선(양성자)치료(간편건강고지)(갱신형)보장
특별약관 ·····446

2-58 전이암항암방사선(세기조절)치료(간편건강고지) (갱신형)보장
특별약관 ·····449

2-59 말기암호스피스통증완화치료(입원형,가정형,
최초1회한)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····453

2-60 특정NGS유전자패널검사(연간1회한,급여) (간편건강고지)보장
특별약관 ·····457

2-61 뇌출혈진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····461

2-62 뇌졸중진단(간편건강고지)보장 특별약관 /
뇌졸중진단(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····462

2-63 특정뇌혈관질환진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····464

2-64 뇌혈관질환진단(간편건강고지)보장 특별약관 /
뇌혈관질환진단(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····465

2-65 뇌혈관질환(Ⅰ)진단(간편건강고지)보장 특별약관/
뇌혈관질환(Ⅰ)진단(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····467

2-66 뇌혈관질환(Ⅱ)진단(간편건강고지)보장 특별약관 /
뇌혈관질환(Ⅱ)진단(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····469

2-67 급성심근경색증진단(간편건강고지)보장특별약관 /
급성심근경색증진단(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 ·····472

2-68 특정허혈심장질환진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····474

2-69 허혈심장질환진단(간편건강고지)보장 특별약관 /
허혈심장질환진단(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 ·····475

2-70 심혈관질환(특정Ⅰ,I49제외)진단(간편건강고지) 보장 특별약관 /
심혈관질환(특정Ⅰ,I49제외)(간편건강고지) (갱신형)보장 특별약관477

2-71 심혈관질환(I49)진단(간편건강고지)보장특별약관 /
심혈관질환(I49)진단(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 ·····479

2-72 심혈관질환(특정2대)진단(간편건강고지)보장 특별약관 /
심혈관질환(특정2대)진단(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 ··481

2-73 심혈관질환(주요심장염증)진단(간편건강고지) 보장 특별약관 /
심혈관질환(주요심장염증)(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 483

2-74 심혈관질환(특정Ⅱ)진단(간편건강고지) 보장 특별약관 /
심혈관질환(특정Ⅱ)(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 ·····485

2-75 통풍진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····487

2-76 대상포진진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····489

2-77 대상포진눈병진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····490

2-78 중증폐렴진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····492

2-79 특정패혈증진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····493

2-80 급성신우신염진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····494

2-81 질병입원일당(1-180일)(간편건강고지)보장 특별약관 /
질병입원일당(1-180일)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····495

2-82 질병입원일당(1-180일,종합병원)(간편건강고지) 보장
특별약관 ·····498

2-83 질병입원일당(1-180일,중환자실)(간편건강고지) 보장
특별약관 ·····500

2-84 질병입원일당(1-30일,종합병원,1인실) (간편건강고지)보장
특별약관 ·····503

2-85 질병입원일당(1-30일,상급종합병원,1인실) (간편건강고지)보장
특별약관 ·····505

2-86 질병입원일당(1-30일,종합병원,2~3인실) (간편건강고지)보장
특별약관 ·····508

2-87 질병입원일당(1-30일,상급종합병원,2~3인실) (간편건강고지)보장
특별약관 ·····510

2-88 질병수술입원일당(1-120일)(간편건강고지) 보장 특별약관 ··513

2-89 질병수술입원일당(1-10일)(간편건강고지) 보장 특별약관 ····516

2-90 질병수술입원일당(1-120일, 종합병원)(간편건강고지)보장
특별약관 ·····520

2-91 질병수술입원일당(1-120일, 상급종합병원) (간편건강고지)보장
특별약관 ·····525

2-92 간병인사용질병입원일당Ⅷ(1-180일)(간편건강고지)보장 특별약관 /
간병인사용질병입원일당Ⅷ(1-180일)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 529

2-93 질병간호간병통합서비스입원일당(간편건강고지)보장 특별약관 535

2-94 간병인사용질병입원일당(체증형)(1-180일)(간편건강고지)보장 특별약관 /
간병인사용질병입원일당(체증형)(1-180일)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 538

2-95 암직접치료입원일당(1-180일,요양병원제외) (간편건강고지) 보장
특별약관 ·····544

2-96 암직접치료입원일당(1-180일,요양병원제외)
(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 ·····548

2-97 암직접치료입원일당(1-180일,요양병원제외)
(감액및면책기간미적용)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····553

2-98 요양병원암입원일당(1-90일)(간편건강고지) 보장 특별약관
·····557

2-99 요양병원암입원일당(1-90일)(간편건강고지) (갱신형)
보장 특별약관 ·····561

2-100 요양병원암입원일당(1-90일)(감액및면책기간

미적용)(간편건강고지) 보장 특별약관 ·····566

2-101
전이암직접치료입원일당(1-180일,요양병원제외)(간편건강고지)보장
특별약관 ·····569

2-102 전이암요양병원입원일당(1-90일)(간편건강고지) 보장 특별약관
·····572

2-103 심뇌혈관질환입원일당(1-180일)(간편건강고지) 보장
특별약관 ·····575

2-104 심뇌혈관질환수술입원일당(1-60일) (간편건강고지)보장
특별약관 ·····577

2-105 특정감염병Ⅱ입원일당(1-30일)(간편건강고지) 보장 특별약관 580

2-106 질병수술(간편건강고지)보장 특별약관 /
질병수술(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····582

2-107 질병수술(추가감액)(간편건강고지)보장 특별약관 /
질병수술(추가감액)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····585

2-108 질병수술(백내장및대장용종제외)(간편건강고지) 보장 특별약관
/ 질병수술(백내장및대장용종제외)(간편건강고지) (갱신형)보장
특별약관 ·····588

2-109 질병수술(백내장및대장용종제외)(추가감액) (간편건강고지)보장
특별약관 / 질병수술(백내장및대장용종제외)(간편건강고지)
(추가감액)(갱신형)보장 특별약관 ·····592

2-110 질병수술Ⅲ(1-5종)(수술회당지급)(간편건강고지) 보장 특별약관
/ 질병수술Ⅲ(1-5종)(수술회당지급)(간편건강고지)(갱신형)보장
특별약관 ·····595

2-111 질병수술Ⅲ(1-5종)(수술회당지급)(추가감액)(간편건강고지)보장
특별약관 /
질병수술Ⅲ(1-5종)(수술회당지급)(추가감액)(간편건강고지)(갱신형)보
장 특별약관 ·····599

2-112 질병수술(시술포함)(1-8종)(급여)(간편건강고지) 보장 특별약관
·····603

2-113 질병수술(시술포함)(1-8종)(급여)(추가감액)
(간편건강고지)보장 특별약관 ·····609

2-114 질병수술(종합병원)(간편건강고지)보장 특별약관
/질병수술(종합병원)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····614

2-115 질병수술(상급종합병원)(간편건강고지)보장 특별약관 /
질병수술(상급종합병원)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ····618

2-116 질병특정급여시술치료(연간1회한)(간편건강고지) 보장
특별약관 ·····621

2-117 암수술(간편건강고지)보장 특별약관 ·····623

2-118 암수술(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····627

2-119 암수술(감액및면책기간미적용)(간편건강고지) 보장 특별약관 /
암수술(감액및면책기간미적용)(간편건강고지) (갱신형)보장 특별약관632

2-120 전이암수술(간편건강고지)보장 특별약관 ·····636

2-121 로봇암수술(다빈치및레보아이)(최초1회한)(간편건강고지)(갱신형)
보장 특별약관 ·····639

2-122 로봇암수술(다빈치및레보아이)(연간1회한)(간편건강고지)
(갱신형)보장 특별약관 ·····644

2-123 뇌혈관질환수술(간편건강고지)보장 특별약관 ·····650

2-124 허혈심장질환수술(간편건강고지)보장 특별약관 ·····652

2-125 심뇌혈관질환수술(간편건강고지)보장 특별약관 /
심뇌혈관질환수술(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 ·····654

2-126 추간판장애수술(간편건강고지)보장 특별약관 ·····657

2-127 간질환수술(간편건강고지)보장 특별약관 ·····659

2-128 120대질병수술Ⅱ(간편건강고지)보장 특별약관 /
120대질병수술Ⅱ(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 ·····661

2-129 120대질병수술Ⅱ(추가감액)(간편건강고지)보장 특별약관 /
120대질병수술Ⅱ(추가감액)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····665

2-130 5대기관질병수술(관혈/비관혈) (연간1회한)(간편건강고지)보장
특별약관 / 5대기관질병수술(관혈/비관혈)(연간1회한)
(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····670

2-131 다발성질병수술(3대질병)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····675

2-132 다발성질병수술(3대질병)(추가감액) (간편건강고지)보장 특별약관
·····676

2-133 암직접치료통원일당(상급종합병원) (간편건강고지) 보장
특별약관 ·····678

2-134 암직접치료통원일당(종합병원)(간편건강고지) 보장 특별약관 682

2-135 보험료납입지원(유사암진단(양성뇌종양포함))
(간편건강고지)보장 특별약관 ·····687

2-136 질병MRI검사지원비(연간1회한,급여) (간편건강고지)보장
특별약관 ·····689

2-137 질병CT검사지원비(연간1회한,급여) (간편건강고지) 보장
특별약관 ·····691

2-138 질병재활치료(연간15회한,급여)(간편건강고지) 보장 특별약관 /
질병재활치료(연간15회한,급여)(간편건강고지) (갱신형)보장 특별약관693

2-139 암주요치료비Ⅱ(연간1회한,진단후5년)(간편건강고지)보장
특별약관 ·····696

2-140 암주요치료비Ⅱ(연간1회한,진단후5년)(간편건강고지)(갱신형)보장
특별약관 ·····696

2-141 특정질환로봇수술(연간1회한)(간편건강고지) (갱신형)보장
특별약관 ·····768

2-142 혈전용해치료비Ⅱ(최초1회한)(간편건강고지) 보장 특별약관 /
혈전용해치료비Ⅱ(최초1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 …773

2-143 혈전용해치료비Ⅲ(최초1회한)(간편건강고지) 보장 특별약관 /
혈전용해치료비Ⅲ(최초1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 776

2-144 혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)(간편건강고지) 보장 특별약관 /
혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 778

2-145 혈전용해치료비Ⅲ(연간1회한)(간편건강고지) 보장 특별약관 /
혈전용해치료비Ⅲ(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 781

2-146 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ)특정재활치료(1일1회,연간90회한,급여)
(간편건강고지)보장 특별약관 ·····783

2-147 2대질병입원중특정합병증진단(간편건강고지) 보장 특별약관 788

2-148 3대질병전신마취수술(간편건강고지)보장 특별약관 ·····791

2-149 전이암항암약물치료(치료당)(간편건강고지)보장 특별약관 ·796

2-150 전이암항암약물치료(치료당)(간편건강고지)(갱신형)보장
특별약관 ·····799

2-151 전이암항암방사선치료(치료당)(간편건강고지)보장 특별약관 803

2-152 전이암항암방사선치료(치료당)(간편건강고지)(갱신형)보장
특별약관 ·····805

2-153 전이암표적항암약물허가치료(치료당)(간편건강고지)(갱신형)
보장 특별약관 ·····808

2-154 뇌졸중·급성심근경색증통원일당(연간30일한)(간편건강고지)보장
특별약관 / 뇌졸중·급성심근경색증통원일당(연간30일한)(간편건강고지)
(갱신형)보장 특별약관 ·····814

2-155 뇌졸중·급성심근경색증통원일당(연간30일한,종합병원)(간편건강고지)보장 특별약관 / 뇌졸중·급성심근경색증통원일당(연간30일한,종합병원)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ……817

2-156 중증질환자(신규암)산정특례대상(간편건강고지)보장 특별약관 820

2-157 중증질환자(중복암및재등록암)산정특례대상(간편건강고지)보장 특별약관 ……826

2-158. 남성통합암(전이포함)진단(유사암제외)(간편건강고지)보장 특별약관 ……831

2-159. 남성통합암(전이포함)진단(유사암제외)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ……837

2-160. 여성통합암(전이포함)진단(유사암제외)(간편건강고지)보장 특별약관 ……843

2-161. 여성통합암(전이포함)진단(유사암제외)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ……849

2-162. 표적항암약물허가치료(비급여)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ……856

2-163 간병인사용질병입원일당Ⅶ(181-365일) (간편건강고지)보장 특별약관 / 간병인사용질병입원일당Ⅶ(181-365일)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ……864

2-164 뇌동맥류(비파열성)진단(간편건강고지)보장 특별약관 ……872

3. 상해 및 질병관련 특별약관 ……874

3-1 깁스치료보장 특별약관 ……874

3-2 응급실내원진료비(응급)보장 특별약관 ……875

3-3 보험료납입면제대상(간편건강고지)보장 특별약관 ……877

3-4 상해질병급여치료지원금(연간1회한)(간편건강고지) (갱신형)보장 특별약관 ……883

3-5 중증질환자(뇌혈관)산정특례대상(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ……889

3-6 중증질환자(심장)산정특례대상(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ……892

3-7 창상봉합술(안면/경부)(1일1회,연간3회한,급여)(간편건강고지)보장 특별약관 ……895

3-8 창상봉합술(안면/경부외)(1일1회,연간3회한,급여)(간편건강고지)보장 특별약관 ……898

3-9 추간판장애신경차단술(연간1회한,급여) (간편건강고지)보장 특별약관 ……900

3-10 특정중증치료(4종)(연간1회한,급여) (간편건강고지)보장 특별약관 ……902

3-11 인공심박동기삽입술(연간1회한,급여) (간편건강고지)보장 특별약관 ……905

3-12 이식형제세동기삽입술(연간1회한,급여) (간편건강고지)보장 특별약관 ……907

4. 비용손해관련 특별약관 ……909

4-1 전기통신금융사기피해(갱신형)보장 특별약관 ……909

5. 무배당 일상생활중배상책임Ⅳ(가족)(갱신형)보장 특별약관 ……913

6. 무배당 법률비용손해Ⅱ(갱신형)보장 특별약관 ……938

7. 기타 특별약관 ····· 970
7-1 사망보험금 선지급 제도 특별약관 ····· 970
7-2 지정대리 청구서비스 제도 특별약관 ····· 972
7-3 특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수 제도 특별약관 ····· 973
7-4 이륜자동차 운전중 상해 부담보 제도 특별약관 ····· 974
7-5 보험료 자동납입 제도 특별약관 ····· 975
7-6 전자서명 제도 특별약관 ····· 975
7-7 장애인전용보험전환제도 특별약관 ····· 976

# 별표 목차


[별표1] 장해분류표 ····· 983
[별표2] 골절 분류표 ····· 1002
[별표3] 5대골절 분류표 ····· 1003
[별표4] 화상 분류표 ····· 1003
[별표5] 특정외상성뇌출혈 분류표 ····· 1004
[별표6] 특정외상성뇌손상 분류표 ····· 1005
[별표7] 특정외상성장기손상 분류표 ····· 1005
[별표8] 의료기관의 시설규격 ····· 1006
[별표9] 특정시술치료(급여) 대상 수가코드 ····· 1007
[별표10] 중대한 특정상해 분류표 ····· 1012
[별표11] 악성신생물(암) 분류표 ····· 1012
[별표12] 제자리신생물 분류표 ····· 1013
[별표13] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 ····· 1014
[별표14] 뇌졸중 분류표 ····· 1015
[별표15] 뇌혈관질환 분류표 ····· 1015
[별표16] 급성심근경색증 분류표 ····· 1016
[별표17] 허혈심장질환 분류표 ····· 1016
[별표18] 통풍 분류표 ····· 1017
[별표19] 대상포진 분류표 ····· 1017
[별표20] 대상포진눈병 분류표 ····· 1018
[별표21] 심뇌혈관질환 분류표 ····· 1018
[별표22] 비급여대상 ····· 1019
[별표23] 특정감염병Ⅱ 분류표 ····· 1022
[별표24] 26대질병Ⅱ 분류표 ····· 1023
[별표25] 58대질병Ⅱ 분류표 ····· 1024
[별표26] 24대질병 분류표 ····· 1031
[별표27] 치핵 분류표 ····· 1035
[별표28] 갑상선관련질병 분류표 ····· 1035
[별표29] 다발성10대질병 분류표 ····· 1037
[별표30] 추간판장애 분류표 ····· 1038
[별표31] 간질환 분류표 ····· 1039
[별표32] 5대기관질병 분류표 ····· 1040
[별표33] 가사도우미지원 프로그램 세부내용 ····· 1042
[별표34] 항암호르몬약물허가치료제 분류표 ····· 1042
[별표35] 폐렴 분류표 ····· 1045
[별표36] PSI지표 점수 산정 ····· 1045
[별표37] 특정패혈증 분류표 ····· 1046
[별표38] 급성신우신염 분류표 ····· 1047

[별표39] 1-8종 수술 및 시술 분류표 ·····1047
[별표40] 3대질병 분류표 ·····1067
[별표41] 뇌혈관질환(Ⅰ) 분류표 ·····1068
[별표42] 뇌혈관질환(Ⅱ) 분류표 ·····1068
[별표43] 심혈관질환(특정Ⅰ,I49제외) 분류표 ·····1069
[별표44] 심혈관질환(주요심장염증) 분류표 ·····1069
[별표45] 심혈관질환(특정Ⅱ) 분류표 ·····1070
[별표46] 특정암 분류표 ·····1070
[별표47] 뇌출혈 분류표 ·····1071
[별표48] 특정뇌혈관질환 분류표 ·····1072
[별표49] 특정허혈심장질환 분류표 ·····1073
[별표50] 전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법1073
[별표51] 심혈관질환(I49) 분류표 ·····1080
[별표52] 카티(CAR-T)항암약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명 분류표 ·····1081
[별표53] 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상 분류표 ·····1081
[별표53-1] 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병 ·····1082
[별표53-2] 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술 ·····1083
[별표54] 중증질환자(심장) 산정특례대상 분류표 ·····1084
[별표54-1] 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병 ·····1084
[별표54-2] 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술 ·····1085
[별표54-3] 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분 ·····1087
[별표55] 1-5종수술III 분류표 ·····1088
[별표56-1] 다빈치로봇암수술 분류표 ·····1094
[별표56-2] 레보아이로봇암수술 분류표 ·····1094
[별표57] 창상봉합술(급여)(안면/경부)대상 수가코드 분류표 ·····1094
[별표58] 창상봉합술(급여)(안면/경부외)대상 수가코드 분류표 ·····1096
[별표59] 급여 특정NGS유전자패널검사 대상 수가코드 ·····1097
[별표60] 위암 분류표 ·····1097
[별표61] 폐암 분류표 ·····1098
[별표62] 간/담낭/담도/췌장암 분류표 ·····1098
[별표63] 비뇨기관(신장/방광/요관)암 분류표 ·····1099
[별표64] 대장/소장/항문암 분류표 ·····1099
[별표65] 3대암 분류표 ·····1100
[별표66] 특정부위 분류표 ·····1100
[별표67] 특정질병 분류표 ·····1101
[별표68] 급여 특정중증치료(4종) 대상 수가코드 ·····1103
[별표69] 급여 추간판장애 신경차단술 수가코드 ·····1104
[별표70] 심혈관질환(특정2대) 분류표 ·····1105
[별표71] 유사암(양성뇌종양) 분류표 ·····1106
[별표72] 소송목적의 값에 따른 변호사비용 ·····1106
[별표73] 민사소송 등 인지법에 정한 인지액 ·····1107
[별표74] 송달료 규칙에 정한 송달료(민사소송) ·····1107
[별표75] 송달료 규칙에 정한 송달료(행정소송) ·····1108
[별표76] 전이암 분류표 ·····1108
[별표77] 유사암(양성뇌종양포함) 분류표 ·····1109

[별표78] 특정 자궁및난소질환 분류표 ·····1110
[별표79] 특정 전립선및방광질환 분류표 ·····1111
[별표80] 특정 내분비및소화계질환 분류표 ·····1112
[별표81] 특정순환계질환 I 분류표 ·····1113
[별표82] 심·뇌혈관질환(특정III) 분류표 ·····1115
[별표83] 뇌출혈 및 뇌경색증 분류표 ·····1116
[별표84] 폐렴 II 분류표 ·····1116
[별표85] 심부전 분류표 ·····1117
[별표86] 전신마취 의료행위 분류표 ·····1117
[별표87] 중증질환자 암 산정특례대상 분류표 ·····1118
[별표87-1] 중증질환자 암 산정특례대상 분류표 ·····1118
[별표87-2] 뇌·수막의 양성신생물 분류표 ·····1119
[별표88-1] 남성통합암(전이포함)(유사암제외) 분류표 ·····1119
[별표88-2] 여성통합암(전이포함)(유사암제외) 분류표 ·····1121
[별표89] 뇌동맥류(비파열성) 분류표 ·····1124

# 현대해상
# 약관 이용 가이드

## 보험약관이란?

**보험약관**은 가입하신 보험계약에 대하여 계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 **보험계약자**와 **보험회사**의 **권리와 의무**를 규정하고 있습니다.
특히, **청약철회, 계약취소, 보험금 지급 및 제한사항 등 중요사항**에 대한 자세한 설명이 담겨 있으니 **반드시 확인**하시기 바랍니다.

## 한눈에 보는 현대해상 약관 구성

| 약관 이용 가이드 | 시각화된 약관 요약서 | 상품안내 | 보통약관 및 특별약관 | 별표 및 인용 법·규정 |
|---|---|---|---|---|
| 약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록 **약관의 구성, 쉽게 찾는 방법** 등의 내용을 담고 있는 **지침서**입니다. | 다소 생소한 보험약관을 보다 쉽게 이해할 수 있도록 **계약 주요내용** 및 **유의사항** 등을 **시각적 방법**을 이용하여 **간단 요약한 약관**입니다. | 계약자의 편의 및 이해를 돕기 위해 가입하신 상품의 주요 내용만을 요약한 자료입니다. 자세한 사항은 반드시 약관 본문을 참고하시기 바랍니다. | • **보통약관** : 기본계약을 포함한 공통 사항을 정해놓은 기본 약관<br>• **특별약관** : 보통약관에서 정한 사항 외 선택가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관 | 약관 이해를 돕기 위한 **별표, 관련 법규** 등을 안내한 자료입니다. |

## 더 자세하고 알기 쉬운 설명을 위해 참고하세요!

**【 유의사항 】**
약관 해당 조항에 덧붙여 계약자가 유의하여 할 사항에 대해 안내해 드립니다.

**【 용어해설 】**
약관 내용과 관련된 어려운 법률·금융 용어를 쉽게 풀어 안내해 드립니다.

**【 예시안내 】**
도표, 그림, 계산법 활용 등의 예시를 통하여 쉽게 풀이하여 설명해 드립니다.

**【 관련법규 】**
약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세하게 안내해 드립니다.

## QR코드로 편리하게 안내 받기

**스마트폰**으로 **해당 QR코드를 스캔**하면 상세내용 등을 손쉽게 안내받을 수 있습니다.

| 약관해설 영상 | 보험금 지급절차 | 전국 지점 |
|---|---|---|

## 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기

※ 보통약관의 조항입니다.

### 1. 보험금 지급에 관해 알려주세요


제3조 (보험금의 지급사유) ····· 97
제9조 (보험금 지급에 관한 세부규정) 100
제11조 (보험금을 지급하지 않는 사유) 102


### 2. 청약을 철회하고 싶어요


제29조 (청약의 철회) ····· 112


### 3. 어떤 경우에 계약을 취소할 수 있나요?


제30조 (약관교부 및 설명의무 등) ·· 113


### 4. 계약이 무효가 되는 경우는 어떤 때인가요?


제31조 (계약의 무효) ····· 114


### 5. 계약 전 유의할 사항이 있나요?


제23조 (계약전 알릴 의무) ····· 108


### 6. 계약 후 유의할 사항도 궁금해요


제24조 (상해보험 계약 후 알릴 의무) 108
제25조 (알릴 의무 위반의 효과) ····· 110


### 7. 보험료 납입이 연체 되었어요


제38조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) ····· 118


### 8. 계약을 부활시키고 싶어요


제39조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····· 118


### 9. 계약 해지와 해약환급금에 대해 알려주세요


제41조 (계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ····· 119
제44조 (해약환급금) ····· 120


### 10. 긴급자금이 필요해요


제45조 (보험계약대출) ····· 122

현대해상

# 시각화된 약관 요약서


1. 보험계약의 개요
2. 반드시 알아두어야 할 유의사항
3. 보험계약 이해를 위한 주요 일반사항
4. 보험금 청구 및 지급절차 안내
5. 보험금 청구시 구비서류 안내
6. 자주 발생하는 민원 예시
7. 보험용어 해설

# 1. 보험계약의 개요

## 상품의 주요 특징

### 상품개요

**무배당 현대해상간편한3.10.10건강보험(세만기형)(Hi2406)**는 상해, 질병, 비용손해, 배상책임손해 등을 종합적으로 보장받을 수 있는 상품입니다.

### 상품구조

○ 무배당 현대해상간편한3.10.10건강보험(세만기형)(Hi2406)는 간편심사를 통해 상해, 질병, 비용손해 및 배상책임 등을 종합적으로 보장받을 수 있는 상품입니다.

○ 상품구조

| 구 분 | 1종(표준형(간편건강고지)) | 2종(해약환급금 미지급형(간편건강고지)) |
|---|---|---|
| 상품 형태 | 보장/적립구분형 | 순수보장형 |
| 보장부분 적용이율 | 2.8%<br>그 외 독립특약 : 2.5% | |
| 적립부분 적용이율 | 보장성 공시이율V (단, 최저보증이율은 연단위 복리 0.3%) | - |

○ 2종은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않고, 보험료 납입완료 후에는 1종 해약환급금 대비 50%를 지급하는 상품입니다.

## '상품명'으로 상품의 특징 이해하기

| 무배당 현대해상간편한3.10.10건강보험(세만기형)(Hi2406) | |
|---|---|
| 1종 | 표준형(간편건강고지) |
| 2종 | 해약환급금 미지급형(간편건강고지) |

| | |
|---|---|
| 무배당 | 계약자에게 배당을 지급하지 않는 상품입니다. |
| 종합보험 | 상해, 질병, 비용손해, 배상책임손해 등을 보장받을 수 있는 상품입니다. |
| 세만기형 | 납입기간동안 동일한 보험료를 납부하며, 납입기간 종료 이후에도 만기까지 보장됩니다. |
| 간편심사형 | 질병을 앓고 있거나 과거 병력이 있는 피보험자가 간단한 심사절차를 통해 가입할 수 있는 상품입니다. |
| 해약환급금 미지급형 | 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않고, 보험료 납입완료 후에는 1종 해약환급금 대비 50%를 지급하는 상품입니다. |
| 납입면제형 | 납입면제 사유에 해당하는 경우 보장보험료의 납입을 면제하는 상품입니다. |

# 2. 반드시 알아두어야 할 유의사항

## 1. 보험금 지급제한사항

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

### 면책기간

**면책기간**
보험금 미지급

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

**< 면책기간 적용 담보(예시) >**

| 담보명 | 면책기간 |
|---|---|
| 암진단Ⅱ(유사암제외) | 가입 후 **90일**간 보장 제외 |
| 항암방사선치료Ⅱ | 암(기타피부암,갑상선암제외) 가입 후 **90일**간 보장 제외 |
| 항암약물치료Ⅱ | |
| 암수술 | |
| 암직접치료입원일당(1-180일, 요양병원제외) | |
| 통풍진단 | 가입 후 **90일**간 보장 제외 |

※ 세부사항은 **상품안내의 '2. 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한사항' 중 '나. 보험금 지급제한 사항'**을 참조하시기 바랍니다.

### 감액지급

**감액지급**
(예시) 50%
[1년 미만]

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

**< 감액지급 적용 담보(예시) >**

| 담보명 | 감액기간 및 비율 |
|---|---|
| 뇌졸중진단 | 가입 후 **1년미만** 가입금액 **50%**지급 |
| 급성심근경색증진단 | 가입 후 **1년미만** 가입금액 **50%**지급 |

※ 세부사항은 **상품안내의 '2. 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한사항' 중 '나. 보험금 지급제한 사항'**을 참조하시기 바랍니다.

### 보장한도

**보장한도**
최초1회한, 입원일 한도

이 보험에는 **보험금 지급 한도**가 설정된 담보가 있습니다.

**< 보장한도 적용 담보(예시) >**

| 담보명 | 보장한도 |
|---|---|
| 뇌졸중진단 | **최초1회**에 한하여 보장 |
| 상해입원일당(1-180일) | **입원일부터 180일 한도**로 보장 |

※ 세부사항은 **상품안내의 '2. 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한사항' 중 '가. 보험금 지급사유 및 지급금액'**을 참조하시기 바랍니다.

### 자기부담금 차감

**자기부담금**

**차감** 후

지급

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

**< 자기부담금을 차감하는 담보(예시) >**

| 담보명 | 자기부담금 |
|---|---|
| 일상생활중배상책임Ⅳ(가족)(누수사고포함)(갱신형) | 대인/대물(누수사고)/대물(누수사고제외) 사고로 구분하여 **보험증권에 기재된 금액** |
| 일상생활중배상책임Ⅳ(가족)(누수사고제외)(갱신형) | 대인/대물(누수사고제외) 사고로 구분하여 **보험증권에 기재된 금액** |

※ 세부사항은 **상품안내의 '2. 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한사항' 중 '가. 보험금 지급사유 및 지급금액'**을 참조하시기 바랍니다.

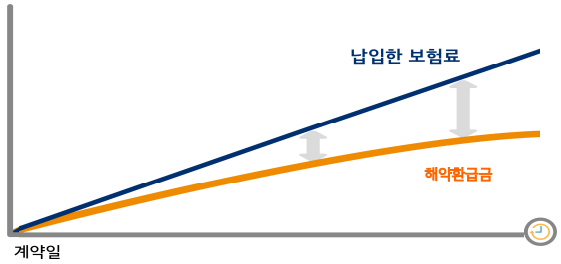
## 2. 해약환급금에 관한 사항

**해약환급금**

**有**

**< 1종(표준형(간편건강고지)) >**

보험계약을 **중도에 해지할 경우** 보험회사는 **해약환급금을 지급**하며, 해약환급금은 **납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.**




**해약환급금**

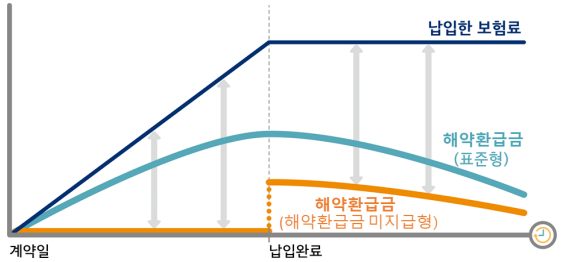
**0원**

[납입기간 중 해지시]

**< 2종(해약환급금미지급형(간편건강고지)) >**

보험계약자가 **납입기간 중** 보험계약을 해지할 경우 **해약환급금이 없습니다.**

다만, **납입기간이 완료된 이후** 계약이 해지되는 경우에는 동일한 가입기준의 **1종(표준형(간편건강고지)) 해약환급금의 50%에 해당하는 금액**을 지급합니다.



## 3. 갱신시 보험료 인상 가능성

이 보험에는 **갱신시 보험료가 변동**되는 갱신형 특약이 포함되어 있습니다. 갱신형 특약은 **갱신할 때마다** 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 **보험료가 인상**될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.

**< 갱신시 보험료가 인상될 수 있는 특약 >**

암진단Ⅱ(유사암제외)(간편건강고지)(갱신형),
뇌졸중진단(간편건강고지)(갱신형) 등 특약명에
'**(갱신형)**' 이 포함된 보장 특약

## 4. 반드시 알아두어야 할 상품의 주요

### 보장성보험

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

### 금리연동형 보험[1종 표준형]

① 적립부분 적용이율이란 **계약자적립액 산출**에 적용되는 이율로 **매월 변동**됩니다.
② 적립부분 적용이율은 보험계약자가 납입한 보험료에서 계약체결·유지관리에 필요한 경비 및 위험보장을 위한 보험료를 차감한 금액에 대해서만 적용됩니다.
③ 이 보험의 **최저보증이율***은 **연단위 복리 0.3%**입니다.
* 회사의 운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도 적용이율

### 간편심사보험

① 이 보험은 **질병을 앓고 있거나 과거 병력이 있는 피보험자**가 간단한 심사절차를 통해 가입할 수 있는 상품입니다.
② **일반심사 대비 보험료가 할증**되어 있어 건강한 일반인이 가입하는 경우 불리할 수 있습니다.

### 예금자보호제도에 관한 사항

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 **1인당 "최고 5천만원까지"** (본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다.
이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 **1인당 "5천만원까지"** 보호됩니다.

# 3. 보험계약 이해를 위한 주요 일반사항

## 1. 청약철회

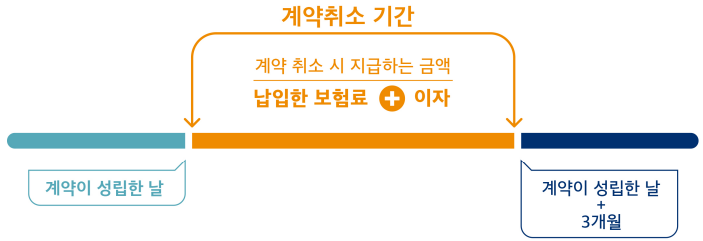
계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 이 경우 납입한 제1회 보험료를 돌려드립니다.

다만, 아래의 경우 청약을 철회할 수 없습니다.

1. 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약
2. 청약을 한 날부터 30일(다만, 만65세이상의 계약자가 전화를 통해 체결한 계약은 45일)을 초과한 계약

## 2. 계약취소

계약체결시 보험약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.




## 3. 계약의 무효

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 돌려 드립니다.

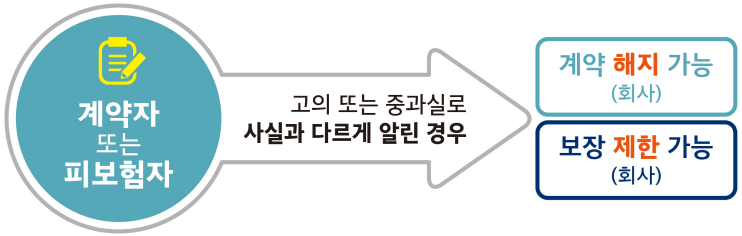
- 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

## 4. 계약전 알릴 의무 및 위반시 효과

보험계약자, 피보험자는 보험에 가입하실 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)을 하셔야 합니다.
단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다.

**※ 알릴의무 위반시 효과**

회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.




**민원 사례**

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

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

**법률 지식**

**[ 대법원 2007. 6. 28. 선고 2006다59837]**

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

## 5. 계약후 알릴 의무 및 위반시 효과

보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

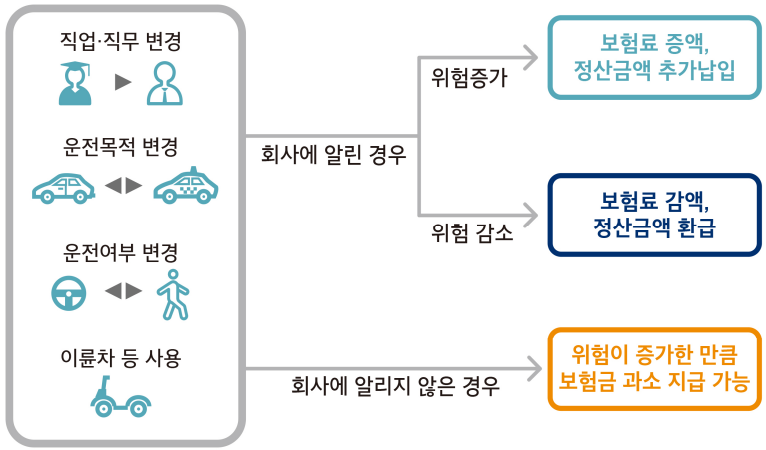
- 피보험자가 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 변경하는 경우 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.) 등 중요한 사항을 변경하는 경우

**※ 알릴의무 위반시 효과**

회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

**※ 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.




## 6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

보험계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 때에는 14일(보험기간이 1년 미만일 경우에는 7일)이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하고, 그 때까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약이 해지됩니다.

## 7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 보험계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 보험계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

보험료 납입연체로 인한 **계약 해지** → 해지 후 3년이내 **부활 청약** → 건강상태, 직업 등 **심사** → 승낙 / 거절 또는 일부 보장제한

## 8. 보험계약대출

계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 보험계약대출을 받을 수 있습니다. 그러나 상환하지 않은 보험계약대출금 및 이자는 해약환급금 또는 보험금에서 차감될 수 있으며, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

< 환급금 내역서(예시) >

| 해약환급금 | 대출금액 | | | 실 수령액 |
|---|---|---|---|---|
| | 원금 | 이자 | 계 | |
| 1,000 만원 | 500 만원 | 5 만원 | 505 만원 | 495 만원 |

## 9. 보험금의 지급절차

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날부터 신체손해에 관한 보험금은 3영업일, 재물손해와 배상책임손해에 대한 보험금은 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 지급합니다.
다만, 보험금 지급사유의 조사 또는 확인이 이루어져 지급기일 초과가 예상되거나, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 보험수익자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다. 만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급기일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 드립니다.

## 4. 보험금 청구 및 지급절차 안내

○ 보험금 청구 소멸시효

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

○ 보험금 지급심사 위탁

- 보험업감독규정[금융기관의 업무위탁 등에 관한 규정]에 의하면 '금융기관의 업무위탁은 금융업을 영위하기 위하여 제3자에게 업무를 위탁하거나 제3자의 업무를 수탁할 수 있다' 라고 명시하고 있습니다.

○ 손해사정사 선임 및 조사

- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고 현장조사, 병원 방문 조사 등이 필요한 경우 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있습니다.
  ※ 손해사정법인 : 보험업법에 따라 공정한 보험금 지급심사에 대한 인가를 받은 업체

○ 장해진단서 제출시 유의 사항

- 장해진단서 제출의 경우에는 가능한 3차 의료기관에서의 진단을 요청드리며, 진단 전에 보상 담당자와 협의하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다.
  (3차 의료기관 : 500병상 이상의 대학병원, 종합병원)
- 장해상태에 대하여 의료 재심사가 이루어 질 수 있으며, 이 경우 비용은 보험회사가 부담합니다.

○ 의료심사

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

○ 손해/생명 보험사간 치료비 분담 지급(비례보상 적용)

- 상해 질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품의 경우 다른 보험회사의 가입여부에 따라 비례보상원칙을 적용하여 보험금을 지급할 수 있습니다.
- 타보험사의 가입사항은 보험협회를 통하여 확인 가능합니다.

○ 실손형보험의 비례보상

- 「실제 발생하는 손해만을 보상하는 실손형 보험」은 다른 보험 회사의 가입여부에 따라 비례보상원칙을 적용하여 보험금을 지급할수 있습니다.

* 「실제 발생하는 손해만을 보상하는 실손형 보험」이란 실손의료비보험, 자동차사고와 관련된 변호사선임비용·처리지원금을 보상하는 보험, 자동차보험 중 무보험차에 의한 상해·다른 자동차 운전 및 다른 자동차 차량 손해를 보장하는 보험, 벌금을 보상하는 보험, 일상생활중배상책임IV을 보상하는 보험, 민사소송법률비용 및 의료사고법률비용을 보상한 보험, 홀인원비용을 보상하는 보험, 가전제품수리비용을 보상하는 보험 등을 말합니다.

○ 보험금 지급안내 및 심사 절차 조회 방법

- 보험금이 지급되는 경우 보험금 지급안내(서면,전자우편,문자전송)가 이루어집니다.
- 보험금 지급심사 결과 보험금이 지급거절 될 수 있으며, 이 때에는 부지급 사유 및 근거를 제시합니다.
- 보험금 지급이 지연되는 경우에는 약관에서 정한 규정에 따라 이자를 가산하여 지급합니다.
- 현대해상(주) 홈페이지에 접속하시면 계약내용 및 사고처리 진행경과 및 지급내역을 확인하실 수 있으며, 보험금 부지급 결정 및 산정내역에 이의사항이 있는 경우 아래로 연락주시면 상담하여 드립니다.

※ 대표전화 : 1588-5656

# 5. 보험금 청구시 구비서류 안내

※ 다음의 서류 이외에도 보험금 지급을 위하여 보상담당자가 추가 서류를 요청할 수 있으며, 경우에 따라 아래 서류들은 다른 서류로 대체될 수 있으니 담당자와 상담 하시기 바랍니다. 담당자 확인은 고객콜센터 1588-5656 으로 문의하시기 바랍니다.

## [ 간단정리 ]

| 구분 | 진단서 | 입원/수술/통원 확인서 | | | 진단확인서류 | 공통 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 사망 | ●(사망진단서) | | | | | 청구서 신분증 |
| 장해 | ●(장해진단서) | | | | | |
| 진단 | ● | | | | ●(검사결과지 등) | |
| 입원 /수술/실손 | △ | ● | ● | ● | | |

## 1. 공통 구비서류

※ 아래의 보험금 청구서류 외에도 추가/대체 서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.

### ○ 공통 서류

| 구 분 | 구비서류 | | 제공/발급처 |
|---|---|---|---|
| 공 통 | - 보험금청구서, 개인(신용)정보처리동의서<br>- 수익자 계좌번호<br>- 청구인 신분증 사본(앞면) | | 당사 양식 |
| | **가족관계 확인 필요시**<br>(배우자/자녀 등의 보장상품, 수익자가 미성년자인 경우 등) | - 가족관계 확인 서류<br>(가족/ 혼인관계증명서) | 시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터 보험회사(위임장) |
| | **대리인청구시** | - 위임장 원본(인감날인)<br>- 보험금청구권자의 인감증명서 원본 또는 본인서명사실확인서<br>- 보험금청구권자의 개인(신용)정보동의서 | |

## 2. 질병/상해관련보장 보험금 청구 구비서류

※ 아래의 보험금 청구서류 외에도 추가/대체 서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.

### ○ 보험금 종류별 추가 서류

| 구 분 | | 구비서류 | 제공/발급처 |
|---|---|---|---|
| 실손 | 공통 | - 입통원 진료비 영수증(처방시 약제비 영수증)<br>※ 카드매출전표 및 소득공제 확인용 '진료비납입확인서'는 불가함 | 의료기관 |
| | 입원 | - 진단서<br>- 진료비세부(산정)내역서<br>- 입퇴원확인서 | |
| | 통원 | - 처방전<br>※ 처방전에 질병분류코드 미기재 시 추가증빙서류(진단서, 소견서 등)가 필요할 수 있습니다.<br>- 진료비세부(산정)내역서<br>※ 비급여 의료비 발생 시 필수 제출 | |
| 진단금 | 공통 | - 진단서(진단명, 질병분류코드 포함) | 의료기관 |
| | 암 | - 조직검사결과지<br>· 백혈병 : 골수검사지 및 혈액검사결과지<br>· 뇌/폐/췌장암 : 방사선 판독결과지 (조직검사 못할 경우)<br>· 간 : (조직검사 못할 경우) 방사선 판독결과지 및 혈액검사 결과지 | |
| | 뇌질환 | - CT / MRI / MRA 등 방사선 판독결과지 | |
| | 심질환 | - 각종 검사결과지(심전도검사, 심근효소검사, 관상동맥조영술, 심초음파 등) | |
| 골절 | | - 진단명(질병분류코드), 진단일자가 포함된 서류 중 택 1<br>(예 : 의사소견서, 통원확인서, 진단서 등) | 의료기관 |
| 수술 | | - 진단명(질병분류코드), 수술명, 수술일자가 포함된 서류 중 택 1<br>(예 : 수술확인서, 진단서 등) | 의료기관 |
| 깁스치료 | | 1. 통깁스 시행여부 확인 가능한 진단서<br>2. (통깁스 시행일) 진료차트 및 진료비세부산정내역서 | 의료기관 |
| 치아 | | - 치과치료확인서 등 치료대상 치아별 치료내용 포함된 서류 | 의료기관<br>당사양식 |

| 구 분 | 구비서류 | 제공/발급처 |
|---|---|---|
| 저체중아 입원일당/ 신생아 질병 입원일당 | 1. 아래의 서류 중 택 1<br>- 입퇴원확인서 (진단명 포함)<br>- 진료확인서(진단명 및 입원기간 포함)<br>- 진단서(입원기간 포함)<br>※ 인큐베이터 사용 시 해당기간 명시<br>2. (저체중아 입원일당 청구시) 출생증명서 | 의료기관 |
| 유산/사산 | - 유산시 : 진단서<br>- 사산시 : 사산증명원 | 의료기관 |
| 장해 | 1. 아래의 서류 중 택 1<br>- 후유장해진단서<br>- 일반진단서(일반진단서로 대체 가능한 장해인 경우)<br>2. 일반진단서 제출시 필요 서류<br>- 만성신부전 혈액투석 : 최초 혈액투석일, 환자상태 기재<br>- 사지절단 : 절단부위, 환자상태 기재, X-ray 필름 첨부<br>- 비장, 신장적출 : 비장, 신장적출 수술일 기재 | 의료기관 |
| 사망 | 1. 아래의 서류 중 택 1<br>- 사망진단서(사체검안서) 원본<br>- 사망진단서(사체검안서) 사본(원본대조필포함) &피보험자 기본증명서(사망사실 기재) | 의료기관<br>주민센터 |
| | 2. 수익자 미지정시 추가 요청서류<br>- 상속관계 확인서류(예시 : 가족 / 혼인관계 증명서 등)<br>- 상속인이 다수시 : 상속인 각각의 위임장 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서) | 주민센터<br>보험회사<br>(위임장) |

| 구 분 | 구비서류 | 제공/발급처 |
|---|---|---|
| 자동차사고 부상/ 자동차사고 상해진단 | - 자동차보험에서 보상을 받은 경우<br>: 해당 자동차보험의 보상처리확인서<br>- 자동차보험에서 보상받지 못한 경우<br>· 자동차사고를 입증할 수 있는 서류(경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 등)<br>· 상해등급을 판단할 수 있는 서류(진단서 등) | 보험사<br>경찰서<br>병원 |

## 3. 비용손해관련보장 보험금 청구 구비서류

※ 아래의 보험금 청구서류 외에도 추가/대체 서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.

### ○ 보험금 종류별 추가 서류

<자동차사고비용>

| 구 분 | 구비서류 | 제공/발급처 |
|---|---|---|
| 긴급비용 | 1. 교통사고 처리확인서<br>2. 견인비 영수증 또는 긴급출동서비스 내역서<br>3. 수리비 견적서 | 보험회사<br>정비공장<br>견인처 |

| 구 분 | 구비서류 | 제공/발급처 |
|---|---|---|
| 안심지원금 | - 대인/대물/자손 보험금 지급결의서 중 택 1 | 보험회사 |
| 대인할증 지원금 | - 대인보험금 지급결의서 | 보험회사 |
| 교통사고 처리비용 | - 대인 II 또는 대물 보험금 지급결의서 | 보험회사 |
| 자기차량 부분/전부 손해위로금 | - 자차 보험금 지급결의서 | 보험회사 |
| | - 전손시 아래의 서류 추가 제출<br>① 자동차등록원부 또는 자동차말소증명원<br>② 수리비 견적서<br>③ (도난시) 도난사실확인원 | 보험회사 |
| 형사합의 지원금/ 교통사고 처리지원금 | - 교통사실확인원<br>- 피해자 진단서 또는 사망진단서 | 경찰서/ 의료기관 |
| | - 교통사고처리지원금 청구시 아래의 서류 추가 제출<br>① 형사합의서 원본(형사합의금 기재, 경찰 또는 검찰 원본대조필 날인시 원본인정)<br>② 형사합의금이 입금된 내역 | 경찰서/ 금융기관 |

| 구 분 | 구비서류 | 제공/발급처 |
|---|---|---|
| 벌금 | - 교통사고사실확인원<br>- 벌금납부 영수증<br>- 약식명령문 또는 법원 판결문 | 경찰서<br>법원 |
| 방어비용 | - 공소 제기시(약식기소 포함)<br>① 교통사고사실확인원<br>② 약식명령문 또는 법원 판결문 | 경찰서<br>법원 |
| | - 구속시<br>① 구속영장 또는 사건처분증명원<br>② 재소 또는 출소증명원 | 법원<br>구치소 |
| 변호사선임비용 | - 교통사고사실확인원<br>- 판결문, 공소장, 변호사가 발행한 세금계산서<br>- 구속영장 또는 사건처분증명원<br>- 재소 또는 출소증명원 | 경찰서/법원<br>구치소<br>변호사사무소 |
| 면허정지/ 취소위로금 | - 교통사고사실확인원<br>- 운전경력증명서<br>- 면허정지확인원(교육 이수 후)<br>- 면허취소확인원 | 경찰서 |

★ 당사 자동차보험 가입자는 별도 서류 없이 당사에서 확인 가능합니다.

## <기타비용>

| 구 분 | 구비서류 | 제공/발급처 |
|---|---|---|
| 강력범죄피해<br>폭력피해<br>강력범죄피해(사망제외)<br>폭력피해(사망제외) | - 사건사고사실확인원<br>- 진단서, 치료비명세서 | 경찰서<br>의료기관 |

## 4. 재물손해/배상책임관련보장 보험금 청구 구비서류

※ 재물손해 / 배상책임손해는 보험목적물 / 사고내용에 따라 보험금 수령을 위한 구비서류가 매우 상이하오니 사고발생 시에는 보상담당자와 먼저 상담하시기 바랍니다.
(1588-5656)

### ○ 보험종류별 추가서류

| 구 분 | 구비서류 | | 발급처 |
|---|---|---|---|
| 재물손해 | - 사고증명원<br>(화재, 도난, 기상변화 등)<br>- 자산대장<br>- 사업자등록증 사본 | | 소방서/경찰서<br>기상청/구청 |
| 배상책임 | 공통 | - 합의서<br>(합의 완료시 합의금 지급확인서) | 의료기관 |
| | 대인배상 사고 | - 진단서 또는 진료확인서<br>- 초진진료기록지<br>- 치료비영수증 | |
| | 대물배상 사고 | - 피해물품의 사진<br>- 피해물품의 구입시기 · 가격의 증빙서류<br>- 수리비 견적서 및 영수증 | 구입처<br>수리업자 |

# 6. 자주발생하는 민원 예시

## <사례 1> 제가 청약한 내용과 나중에 받은 보험증권 내용이 달라요

**(사례)**

A씨는 계약 체결 후 증권을 확인하는 과정에서 청약시 안내받은 사항과 다른 점을 발견하여 불만을 제기하였습니다.

**(유의 사항)**

고객님께서 청약한 내용과 계약사항이 상이한 경우가 발생하지 않도록 청약서에 명기된 납입기간, 보험기간, 보험료, 보장내용 등이 청약한 내용과 일치하는지 반드시 확인하여 주시기 바랍니다.

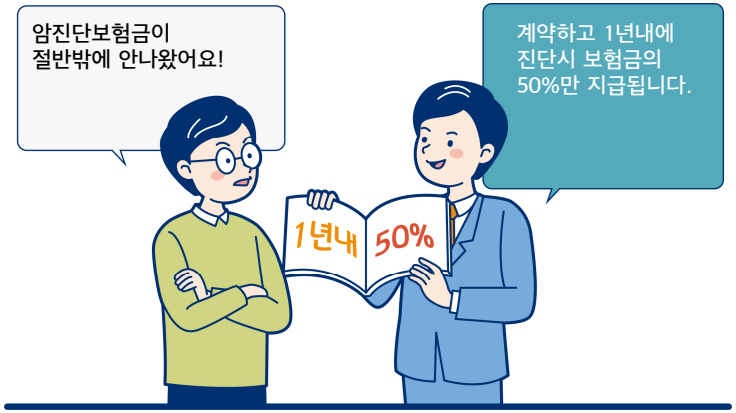
## <사례 2> 가입초기에 면책기간(90일, 50%)이 있나요?

**(사례)**

A씨는 암보험 가입 후 10개월 만에 암진단을 받아 보험금 청구하였으나, 청구비용의 50%만을 보상받은 것에 불만을 제기하였습니다.

**(유의 사항)**

암관련 보장의 90일 면책기간을 적용하여 해당일 내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 90일이 경과한 이후에도 암진단일이 보험계약일로부터 일정기간(예: 1년, 2년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.



## <사례 3> (1종) 가입 초기에 계약을 해지하였는데 해약환급금이 너무 적어요

**(사례)**

A씨는 1종(표준형(간편건강고지)) 계약 체결 6개월 후 개인 사유로 보험계약을 해지하였으며, 해지시 해약환급금이 납입한 보험료보다 적은 것에 대한 불만을 제기하였습니다.

**(유의사항)**

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

## <사례 4> (2종) 보험료를 납입하던 중 계약을 해지하였는데 해약환급금이 없대요

**(사례)**

A씨는 2종(해약환급금 미지급형(간편건강고지)) 계약 체결 후 보험료 납입기간 중 계약을 해지하려 하였으나, 해약환급금이 지급되지 않는 것에 대한 불만을 제기하였습니다.

**(유의사항)**

2종(해약환급금 미지급형(간편건강고지)) 계약의 경우 보험료 납입기간 중 해약환급금을 지급하지 않는 상품입니다. 따라서, 해약환급금 미지급형 계약 체결시 유의사항을 반드시 확인하여 주시기 바랍니다.

# 7. 보험용어 해설

## 보험약관

보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

## 보험증권

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서

## 보험계약 당사자

| | |
|---|---|
| 보험회사 | 보험사고 발생시 보험금 지급의무를 부담하는 자로서, 보험사업을 영위하는 회사 |
| 보험계약자 | 보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람 |

## 보험계약 관계자

| | | |
|---|---|---|
| 신체손해보장 | 피보험자 | 보험사고 발생의 대상이 되는 사람으로 피보험자라 정함 |
| | 보험수익자 | 보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람 |
| | 대리인 | 다른 사람을 대신하여 의사 표시를 하고 또 의사 표시를 받을 권한을 가진 사람 |

## 보험료

보험계약자가 보험계약에 의거하여 보험회사에게 지급하여야 하는 요금

보험료 = 보장보험료 + 적립보험료
※ 보장보험료 = 보장순보험료 + 부가보험료 + 손해조사비
적립보험료 = 적립순보험료 + 부가보험료

| | |
|---|---|
| 보장순보험료 | 보험금 지급을 위한 보험료 |
| 적립순보험료 | 보험회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료 |
| 부가보험료 | 보험회사의 사업경비를 위한 보험료 |
| 손해조사비 | 보험금 청구의 사유 및 그 금액을 증명하기 위한 비용 |

## 보험가입금액

| | |
|---|---|
| 신체손해보장 | 보험사고 발생시 보험회사가 지급하여야 할 보험금의 기준이 되는 금액으로 보험증권에 기재된 금액 |

## 보험금

| | |
|---|---|
| 신체손해보장 | 피보험자의 사망, 장해, 입원 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액 |

## 보험기간

회사의 책임이 시작되어 끝날 때까지의 기간으로 보험증권에 기재된 기간

## 보장개시일

보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

## 보험계약일

계약자와 보험회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일이며 매년 도래하는 보험계약일을 계약해당일이라 함

## 보험년도

보험계약일부터 매1년 단위의 연도(당해연도 보험계약 해당일부터 다음년도 보험계약 해당일 전일까지의 기간)를 말함

## 계약자적립액

**< 1종(표준형(간편건강고지)) >**

계약자적립액 = 기본계약 계약자적립액
(보장부분 계약자적립액 + 적립부분 계약자적립액)
+ 특별약관 계약자적립액

**< 2종(해약환급금미지급형(간편건강고지)) >**

계약자적립액 = 기본계약 계약자적립액(보장부분 계약자적립액)
+ 특별약관 계약자적립액

| | |
|---|---|
| 보장부분 (기본계약, 특별약관) 계약자적립액 | 장래의 보험금 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보장순보험료 중 일정액을 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 보험회사가 적립해 둔 금액 |
| 적립부분 계약자적립액 | 장래의 만기환급금 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 적립순보험료를 보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 보험회사가 적립해 둔 금액 |

## 해약환급금

**< 1종(표준형(간편건강고지)) >**

해약환급금 = 기본계약 해약환급금
(보장부분 해약환급금 + 적립부분 해약환급금)
+ 특별약관 해약환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액으로, 계약자적립액에서 해약공제액(미상각 신계약비)을 차감한 금액

| | |
|---|---|
| 해약 공제액 (미상각 신계약비) | 신계약을 청약하고 승낙하는 과정에서 소요되는 비용을 계약체결비용이라 하며, 일정기간 동안 보험료에서 균등하게 공제함.<br>그러나 계약을 중도에 해지하게 될 경우, 공제하지 못한 계약체결비용을 한꺼번에 공제하게 되는데 이를 해약공제액(미상각 신계약비)라 함 |

**< 2종(해약환급금미지급형(간편건강고지)) >**

해약환급금 = 기본계약 해약환급금(보장부분 해약환급금)
+ 특별약관 해약환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액으로, 보험료 납입기간 중 계약이 해지되는 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며 보험료 납입종료 후에는 2종(해약환급금미지급형(간편건강고지))은 1종(표준형(간편건강고지)) 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
단, 갱신형 특약 및 일부 특약은 계약자적립액에서 해약공제액(미상각 신계약비)을 차감한 금액을 해약환급금으로 지급합니다.

**이 보험용어 해설의 용어는 보장의 특성에 따라 의미가 상이하므로 기타 자세한 사항은 해당약관의 내용을 참고해주세요.**

현대해상

# 상품안내

※ 상품안내는 계약자의 편의 및 이해를 돕기 위해 상품의 주요 내용만을 요약한 자료이므로, 보험금의 지급사유, 보험금 지급에 관한 세부 규정 및 보험금을 지급하지 않는 사유 등 구체적인 상품내용은 반드시 약관 본문을 참조하시기 바랍니다.

# 무배당 현대해상간편한3.10.10건강보험(세만기형)(Hi2406) 상품안내

<유의사항>

○ 이 상품에 대한 보다 자세한 내용은 반드시 상품설명서 및 약관 본문을 참조하시기 바랍니다.

<개요 및 구조>

○ 무배당 현대해상간편한3.10.10건강보험(세만기형)(Hi2406) 1종 및 2종은 간편심사를 통해 상해, 질병, 배상책임 등을 종합적으로 보장받을 수 있는 상품입니다.

○ 상품구조

| 구 분 | 1종(표준형(간편건강고지)) | 2종(해약환급금 미지급형(간편건강고지)) |
|---|---|---|
| 상품 형태 | 보장/적립구분형 | 순수보장형 |
| 보장부분 적용이율 | 2.8%(독립특약은 2.5%) | |
| 적립부분 적용이율 | 보장성 공시이율V (단, 최저보증이율은 연단위 복리 0.3%) | - |

○ 2종(해약환급금미지급형(간편건강고지))은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않고, 보험료 납입완료 후에는 1종(표준형(간편건강고지)) 해약환급금 대비 50%를 지급하는 상품입니다.

## 1. 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한사항

### 가. 보험금 지급사유 및 지급금액

| 구 분 | | 지 급 사 유 | 지 급 금 액 |
|---|---|---|---|
| 기본계약 | 상해사망(간편건강고지) | 상해로 사망시 | 가입금액 |
| 의무가입특약 | 보험료 납입면제 대상(간편건강고지) | 상해 또는 질병으로 장해지급률이 80%이상에 해당하는 경우 또는 보장개시일 이후 '암'( '유사암' 제외)으로 진단 확정된 경우 또는 보험기간 이후 '뇌졸중' 또는 '급성심근경색증'으로 진단 확정된 경우<br>또는 상해로 뇌손상, 내장손상을 입고 사고일로부터 180일 이내에 개두·개흉·개복수술을 받은 경우<br>※ 유사암 : 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 | 특약가입금액 (최초 1회한) |

| 구 분 | | 지 급 사 유 | 지 급 금 액 |
|---|---|---|---|
| 상해관련보장특약 | 상해사망<br>(간편건강고지)<br>(갱신형) | 상해로 사망시 | 특약가입금액 |
| | 상해후유장해(간편건강고지) | 상해로 장해지급률이 3% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우 | 특약가입금액 × 후유장해지급률 |
| | 상해후유장해<br>(50%이상)<br>(간편건강고지) | 상해로 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우 | 특약가입금액<br>(최초 1회한) |
| | 상해후유장해(50%이상,월지급형)<br>(간편건강고지) | 상해로 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우 | 지급방법<br>보험금 지급기간동안 월지급액을 매월 확정지급(최초 1회한)<br>1회 지급액<br>해당 특약 월지급액 |
| | 상해후유장해<br>(80%이상)<br>(간편건강고지) | 상해로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우 | 특약가입금액<br>(최초 1회한) |
| | 상해후유장해(80%이상,월지급형)<br>(간편건강고지) | 상해로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우 | 지급방법<br>보험금 지급기간동안 월지급액을 매월 확정지급(최초 1회한)<br>1회 지급액<br>해당 특약 월지급액 |

| 구 분 | | 지 급 사 유 | 지 급 금 액 |
|---|---|---|---|
| 상해관련보장특약 | 골절진단<br>(간편건강고지) | 골절로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액 |
| | 골절진단(치아파절제외)(간편건강고지) | 골절(치아파절제외)로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액 |
| | 골절(치아파절제외)부목치료<br>(간편건강고지) | 골절(치아파절제외)로 부목치료를 받은 경우 | 특약가입금액 |
| | 5대골절진단<br>(간편건강고지) | 5대골절(머리의 으깸손상, 목/흉추/요추/골반/대퇴골 골절, 흉추의 다발성 골절)로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액 |
| | 화상진단<br>(간편건강고지) | 심재성 2도 이상의 화상으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액 |
| | 특정외상성 뇌출혈진단<br>(간편건강고지) | 특정외상성뇌출혈로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액<br>(최초 1회한) |
| | 특정외상성 뇌손상진단<br>(간편건강고지) | 특정외상성뇌손상으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액<br>(최초 1회한) |
| | 특정외상성 장기손상진단<br>(간편건강고지) | 특정외상성장기손상으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액<br>(최초 1회한) |
| | 상해입원일당<br>(1-180일)<br>(간편건강고지)<br>상해입원일당<br>(1-180일)<br>(간편건강고지)<br>(갱신형) | 상해로 1일이상 입원 하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당<br>특약가입금액<br>(180일한도) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 상해관련보장특약 | 간병인사용 상해입원일당Ⅶ (1-180일) (간편건강고지)<br>간병인사용 상해입원일당Ⅷ (1-180일) (간편건강고지) (갱신형) | 상해로 병원(요양병원 제외)에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우 | 간병인사용 1일당 해당 보장의 보험가입금액 (단, 간병인 평균사용금액이 1일당 8만원 미만인 경우 상기금액의 50%) (180일한도) |
| | | 상해로 요양병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우 | 간병인사용 1일당 해당 보장의 보험가입금액 (180일한도) |
| | | 상해로 병원(요양병원 제외)에 입원하고, 간호·간병통합서비스(일반병동/재활병동)를 사용하여 치료를 받은 경우 | 간호·간병통합서비스(일반병동/재활병동) 사용 1일당 해당 보장의 보험가입금액 (각각 180일한도) |
| | 상해입원일당 (1-180일, 종합병원) (간편건강고지) | 상해로 1일이상 종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 특약가입금액 (180일한도) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 상해관련보장특약 | 상해입원일당 (1-180일, 중환자실) (간편건강고지) | 상해로 1일이상 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 특약가입금액 (180일한도) |
| | 상해수술입원일당 (1-120일) (간편건강고지) | 상해로 수술입원 하여 치료를 받은 경우 | 수술입원 1일당 특약가입금액 (120일한도) |
| | 상해수술입원일당 (1-10일) (간편건강고지) | 상해로 수술입원 하여 치료를 받은 경우 | 수술입원 1일당 특약가입금액 (10일한도) |
| | 상해수술입원일당 (1-120일, 종합병원) (간편건강고지) | 상해로 종합병원에서 수술입원하여 치료를 받은 경우 | 수술입원 1일당 특약가입금액 (120일 한도) |
| | 상해수술입원일당 (1-120일, 상급종합병원) (간편건강고지) | 상해로 상급종합병원에서 수술입원하여 치료를 받은 경우 | 수술입원 1일당 특약가입금액 (120일 한도) |
| | 상해입원일당 (1-30일, 종합병원, 1인실)(간편건강고지) | 상해로 종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 특약가입금액 (30일 한도) |
| | 상해입원일당 (1-30일, 상급종합병원, 1인실)(간편건강고지) | 상해로 상급종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 특약가입금액 (30일 한도) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 상해관련보장특약 | 상해입원일당(1-30일, 종합병원, 2~3인실)(간편건강고지) | 상해로 종합병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 특약가입금액(30일 한도) |
| | 상해입원일당(1-30일, 상급종합병원, 2~3인실)(간편건강고지) | 상해로 상급종합병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 특약가입금액(30일 한도) |
| | 상해간호간병통합서비스입원일당(간편건강고지) | 상해로 병원(요양병원 제외)에 입원하고, 간호·간병통합서비스를 사용하여 일반병동에서 치료를 받은 경우 | 사용 1일당 간호·간병통합서비스(일반병동)사용 상해입원급여금 보장의 가입금액(30일한도) |
| | | 상해로 병원(요양병원 제외)에 입원하고, 간호·간병통합서비스를 사용하여 재활병동에서 치료를 받은 경우 | 사용 1일당 간호·간병통합서비스(재활병동)사용 상해입원급여금 보장의 가입금액(60일한도) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 상해관련보장특약 | 상해수술(간편건강고지)<br>상해수술(간편건강고지)(갱신형) | 상해로 수술을 받은 경우 | 특약가입금액(1사고당) |
| | 상해입원수술(당일입원제외)(간편건강고지)<br>상해입원수술(당일입원제외)(간편건강고지)(갱신형) | 상해로 2일이상 입원하여 수술을 받은 경우 | 특약가입금액(1사고당) |
| | 상해통원수술(당일입원포함)(간편건강고지)<br>상해통원수술(당일입원포함)(간편건강고지)(갱신형) | 상해로 통원(당일입원 포함)하여 수술을 받은 경우 | 특약가입금액(1사고당) |
| | 상해재활치료(연간15회한,급여)(간편건강고지)/상해재활치료(연간15회한,급여)(간편건강고지)(갱신형) | 상해로 입원 또는 통원하여 '급여 재활치료'를 받은 경우 | 특약가입금액(연간 15회한, 1일 1회한) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 상해관련보장특약 | 상해수술III<br>(1-5종)(수술회당 지급)<br>(간편건강고지)<br><br>상해수술III<br>(1-5종)(수술회당 지급)<br>(간편건강고지)<br>(갱신형) | 상해로 '1-5종 수술III분류표'에서 정한 1종' 수술을 받은 경우 | '상해수술III(1종)' 보장의 보험가입금액 |
| | | 상해로 '1-5종 수술III분류표'에서 정한 2종' 수술을 받은 경우 | '상해수술III(2종)' 보장의 보험가입금액 |
| | | 상해로 '1-5종 수술III분류표'에서 정한 3종' 수술을 받은 경우 | '상해수술III(3종)' 보장의 보험가입금액 |
| | | 상해로1-5종 수술III분류표'에서 정한 4종' 수술을 받은 경우 | '상해수술III(4종)' 보장의 보험가입금액 |
| | | 상해로1-5종 수술III분류표'에서 정한 5종' 수술을 받은 경우 | '상해수술III(5종)' 보장의 보험가입금액 |
| | 상해재활치료<br>(연간15회한,급여)<br>(간편건강고지)<br>/상해재활치료<br>(연간15회한,급여)<br>(간편건강고지)<br>(갱신형) | 상해로 입원 또는 통원하여 '급여 재활치료'를 받은 경우 | 특약가입금액<br>(연간 15회한,<br>1일 1회한) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 상해관련보장특약 | 상해수술<br>(시술포함)<br>(1-8종)<br>(급여)<br>(간편건강고지) | 상해로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '1종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '상해수술(시술포함)(1종)' 보장의 보험가입금액 |
| | | 상해로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '2종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '상해수술(시술포함)(2종)' 보장의 보험가입금액 |
| | | 상해로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '3종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '상해수술(시술포함)(3종)' 보장의 보험가입금액 |
| | | 상해로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '4종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '상해수술(시술포함)(4종)' 보장의 보험가입금액 |
| | | 상해로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '5종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '상해수술(시술포함)(5종)' 보장의 보험가입금액 |
| | | 상해로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '6종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '상해수술(시술포함)(6종)' 보장의 보험가입금액 |
| | | 상해로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '7종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '상해수술(시술포함)(7종)' 보장의 보험가입금액 |
| | | 상해로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '8종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '상해수술(시술포함)(8종)' 보장의 보험가입금액 |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 상해관련보장특약 | 상해수술<br>(종합병원)<br>(간편건강고지)<br><br>상해수술(종합병원)(간편건강고지)(갱신형) | 상해로 종합병원에서 수술을 받은 경우 | 이 특약의<br>보험가입금액<br>(1사고당) |
| | 상해수술<br>(상급종합병원)<br>(간편건강고지)<br><br>상해수술(상급종합병원)(간편건강고지)(갱신형) | 상해로 상급종합병원에서 수술을 받은 경우 | 이 특약의<br>보험가입금액<br>(1사고당) |
| | 상해특정<br>급여시술치료<br>(연간1회한)<br>(간편건강고지) | 상해로 '상해 특정급여시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)'을 받은 경우 | 이 보장의<br>보험가입금액<br>(연간1회한) |
| | | 상해로 '상해 특정급여시술치료(신경차단술)(급여)'을 받은 경우 | 이 보장의<br>보험가입금액<br>(연간1회한) |
| | | 상해로 '상해 특정급여시술치료(화상)(급여)'을 받은 경우 | 이 보장의<br>보험가입금액<br>(연간1회한) |
| | | 상해로 '상해 특정급여시술치료(도수정복술)(급여)'을 받은 경우 | 이 보장의<br>보험가입금액<br>(연간1회한) |
| | | 상해로 '상해 특정급여시술치료(단순창상봉합술)(급여)'을 받은 경우 | 이 보장의<br>보험가입금액<br>(연간1회한) |
| | | 상해로 '상해 특정급여시술치료(기타시술)(급여)'을 받은 경우 | 이 보장의<br>보험가입금액<br>(연간1회한) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 상해관련보장특약 | 골절수술<br>(간편건강고지) | 골절로 수술을 받은 경우 | 특약가입금액<br>(1사고당) |
| | 골절철심<br>제거수술<br>(연간1회한,급여)<br>(간편건강고지) | '골절(치아파절제외)' 치료를 목적으로 '급여 골절철심제거술'을 받은 경우 | 특약가입금액<br>(연간 1회한) |
| | 5대<br>골절수술<br>(간편건강고지) | 5대골절(머리의 으깸손상, 목/흉추/요추/골반/대퇴골 골절, 흉추의 다발성 골절)로 진단 확정되어 수술 받은 경우 | 특약가입금액<br>(1사고당) |
| | 화상수술<br>(간편건강고지) | 심재성 2도이상의 화상으로 진단 확정되어 수술을 받은 경우 | 특약가입금액<br>(1사고당) |
| | 중대한특정<br>상해수술<br>(간편건강고지) | 상해로 뇌손상, 내장손상을 입고 사고일로부터 180일 이내에 개두·개흉·개복수술을 받은 경우 | 특약가입금액<br>(최초 1회한) |
| | 중증외상치료비<br>(권역외상센터) | '권역외상센터'에 내원하여 '중증외상환자'로 분류되어 치료를 받은 경우 | 이 특약의<br>보험가입금액<br>(1사고당) |
| | 상해MRI검사<br>지원비<br>(연간1회한,급여)<br>(간편건강고지) | 상해의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 '급여 상해MRI검사'에 해당하는 의료행위를 받은 경우 | 특약가입금액<br>(연간 1회한) |
| | 상해CT검사<br>지원비<br>연간1회한,급여)<br>(간편건강고지) | 상해의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 '급여 상해CT검사'에 해당하는 의료행위를 받은 경우 | 특약가입금액<br>(연간 1회한) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 상해관련보장특약 | 간병인사용상해입원일당Ⅷ (181-365일) (간편건강고지)<br><br>간병인사용상해입원일당Ⅷ (181-365일) (간편건강고지) (갱신형) | 상해로 병원(요양,정신,한방병원및의원 제외)에 181일이상 계속입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우 | 181일째 입원일로부터 간병인사용 1일당 해당 보장의 보험가입금액 (단, 간병인 평균사용금액이 1일당 8만원 미만인 경우 상기금액의 50%) (185일한도) |
| | | 상해로 병원(요양,정신,한방병원 제외)에 181일이상 계속입원하고, 간호·간병통합서비스(일반병동/재활병동)를 사용하여 치료를 받은 경우 | 181일째 입원일로부터 간호·간병통합서비스 (일반병동/재활병동) 사용 1일당 해당 보장의 보험가입금액 (각각 185일한도) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 상해관련보장특약 | 간병인사용 상해입원일당 (체증형) (1-180일) (간편건강고지)<br><br>간병인사용 상해입원일당 (체증형) (1-180일) (간편건강고지) (갱신형) | 상해로 병원(요양병원 제외)에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우 | 간병인사용 1일당 해당 보장의 보험가입금액 × 지급률<br>경과기간 / 지급률<br>5년미만 / 100%<br>5년이상 10년미만 / 120%<br>10년이상 15년미만 / 150%<br>15년이상 20년미만 / 180%<br>20년이상 / 200%<br>(단, 간병인 평균사용금액이 1일당 8만원 미만인 경우 상기금액의 50%) (180일한도) |
| | | 상해로 요양병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우 | 간병인사용 1일당 해당 보장의 보험가입금액× 지급률<br>경과기간 / 지급률<br>5년미만 / 100%<br>5년이상 10년미만 / 120%<br>10년이상 15년미만 / 150%<br>15년이상 20년미만 / 180%<br>20년이상 / 200%<br>(180일한도) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 질병사망<br>(간편건강고지) | 질병으로 사망시 | 특약가입금액<br>(단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 질병사망(간편건강고지)(갱신형) | | |
| | 질병후유장해<br>(간편건강고지) | 질병으로 장해지급률이 3%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우 | 특약가입금액 × 후유장해지급률<br>(단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 질병후유장해(간편건강고지)(갱신형) | | |
| | 질병후유장해<br>(50%이상)<br>(간편건강고지) | 질병으로 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우 | 특약가입금액<br>(최초 1회한)<br>(단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 질병후유장해<br>(50%이상,월지급형)<br>(간편건강고지) | 질병으로 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우 | 지급방법<br>보험금 지급기간동안 월지급액을 매월 확정지급(최초 1회한)<br>1회 지급액<br>해당 특약 월지급액<br>(단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 질병후유장해<br>(80%이상)<br>(간편건강고지) | 질병으로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우 | 특약가입금액<br>(최초1회한)<br>(단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 질병후유장해<br>(80%이상,월지급형)<br>(간편건강고지) | 질병으로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우 | 지급방법<br>보험금 지급기간동안 월지급액을 매월 확정지급(최초 1회한)<br>1회 지급액<br>해당 특약 월지급액<br>(단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 암진단II<br>(유사암제외)<br>(간편건강고지) | 보장개시일 이후 '암'(유사암제외)으로 진단 확정된 경우<br>※유사암 : 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 | 특약가입금액<br>(최초 1회한)<br>(단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 암진단II<br>(유사암제외)<br>(간편건강고지)<br>(갱신형) | | |
| | 유사암진단II<br>(양성뇌종양포함)<br>(간편건강고지) | 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 및 양성뇌종양으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액<br>(각각 최초 1회한)<br>(단, 최초계약일부터 90일이내 상기금액의 10%, 90일초과 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 유사암진단II<br>(양성뇌종양포함)<br>(간편건강고지)<br>(갱신형) | | |
| | 재진단암<br>진단II<br>(간편건강고지) | '재진단암'대한 보장개시일 이후 재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액 |
| | 재진단암진단<br>(기타피부암및 갑상선암)<br>(간편건강고지) | 재진단 기타피부암 및 갑상선암 보장개시일 이후 '재진단 기타피부암 및 갑상선암'으로 진단확정된 경우 | 특약가입금액 |
| | 특정암진단<br>(간편건강고지) | 보장개시일 이후 '특정암'으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액<br>(최초 1회한) |
| | 위암진단<br>(간편건강고지) | 보장개시일 이후 '위암'으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액<br>(최초 1회한) |
| | 폐암진단<br>(간편건강고지) | 보장개시일 이후 '폐암'으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액<br>(최초 1회한) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 간/담낭/담도/췌장암진단(간편건강고지) | 보장개시일 이후 '간/담낭/담도/췌장암'으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액(최초 1회한) |
| | 비뇨기관(신장/방광/요관)암진단(간편건강고지) | 보장개시일 이후 '비뇨기관(신장/방광/요관)암'으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액(최초 1회한) |
| | 대장/소장/항문암진단(간편건강고지) | 보장개시일 이후 '대장/소장/항문암'으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액(최초 1회한) |
| | 3대암진단(간편건강고지) | 보장개시일 이후 '3대암'으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액(최초 1회한) |
| | 중증갑상선암진단(간편건강고지) | 보장개시일 이후 '중증갑상선암'으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액(최초 1회한) |
| | 전이암진단(최초1회한)(간편건강고지),전이암진단(최초1회한)(간편건강고지)(갱신형) | 보장개시일 이후 '림프절전이암'으로 진단 확정된 경우 | '림프절전이암진단' 보장의 보험가입금액(최초 1회한) |
| | | 보장개시일 이후 '특정전이암'으로 진단 확정된 경우 | '특정전이암진단' 보장의 보험가입금액(최초 1회한) |

| 구 분 | | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 암주요치료비II(연간1회한,진단후5년)(간편건강고지)<br>암주요치료비II(연간1회한,진단후5년)(간편건강고지)(갱신형) | 암치료급여금(기타피부암및갑상선암제외) | 보장개시일 이후 '암'('기타피부암','갑상선암' 제외)으로 암 주요치료를 받은 경우(단, 최초 진단확정일로부터 최대 5년간) | 이 보장의 가입금액(연간 1회한, 최대5회 지급)(단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | | 기타피부암 및 갑상선암 치료급여금 | 기타피부암 또는 갑상선암으로 암 주요치료를 받은 경우(단, 최초 진단확정일로부터 최대 5년간) | 이 보장의 가입금액(연간 1회한, 최대5회 지급)(단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | | 암치료비지원금(1천만원이상, 종합병원) | 보장개시일 이후 종합병원에서 암주요치료를 받아 '연간 암주요치료비 총액'이 1천만원 이상인 경우(단, 최초 진단확정일로부터 최대 5년간 연간 1회한도(최대5회)) | 연간 치료비 총액 1천만원 이상 시, 치료비 총액 매 1천만원당 이 보장 가입금액의 100%(연간 1회한, 최대 1,000%)(※ 자세한 지급금액은 해당 특별약관 본문 참조) |
| | | 암치료비지원금(5백만원이상 1천만원미만,종합병원) | 보장개시일 이후 종합병원에서 암주요치료를 받아 '연간 암주요치료비 총액'이 5백만원 이상이고 1천만원 미만인 경우(단, 최초 진단확정일로부터 최대 5년간 연간 1회한도(최대5회)) | 연간 치료비 총액 5백만원 이상이고 1천만원 미만 시, 이 보장 가입금액의 50%(연간 1회한) |
| | | 암치료비지원금(1억1천만원이상,종합병원) | 보장개시일 이후 종합병원에서 암주요치료를 받아 '연간 암주요치료비 총액'이 1억 1천만원 이상인 경우(단, 최초 진단확정일로부터 최대 5년간 연간 1회한도(최대5회)) | 연간 치료비 총액 1억 1천만원 이상 시, 치료비 총액 중 1억원 초과 금액의 매 1천만원당 이 보장 가입금액의 100%(연간 1회한, 최대 500%)(※ 자세한 지급금액은 해당 특별약관 본문 참조) |

| 구 | 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 암주요치료비Ⅱ(연간1회한,진단후10년)(간편건강고지) 암주요치료비Ⅱ(연간1회한,진단후10년)(간편건강고지)(갱신형) | 암치료급여금(기타피부암및갑상선암제외) | 보장개시일 이후 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 암 주요치료를 받은 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 10년간) | 이 보장의 가입금액 (연간 1회한, 최대10회 지급) (단, 최초계약일 부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | | 기타피부암 및 갑상선암 치료급여금 | 기타피부암 또는 갑상선암으로 암 주요치료를 받은 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 10년간) | 이 보장의 가입금액 (연간 1회한, 최대10회 지급) (단, 최초계약일 부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | | 암치료비지원금(1천만원이상, 종합병원) | 보장개시일 이후 종합병원에서 암주요치료를 받아 '연간 암주요치료비 총액'이 1천만원 이상인 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회한도(최대10회)) | 연간 치료비 총액 1천만원 이상 시, 치료비 총액 매 1천만원당 이 보장 가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 1,000%) (※ 자세한 지급금액은 해당 특별약관 본문 참조) |
| | | 암치료비지원금(5백만원이상 1천만원미만,종합병원) | 보장개시일 이후 종합병원에서 암주요치료를 받아 '연간 암주요치료비 총액'이 5백만원 이상이고 1천만원 미만인 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회한도(최대10회)) | 연간 치료비 총액 5백만원 이상이고 1천만원 미만 시, 이 보장 가입금액의 50% (연간 1회한) |
| | | 암치료비지원금(1억1천만원이상,종합병원) | 보장개시일 이후 종합병원에서 암주요치료를 받아 '연간 암주요치료비 총액'이 1억 1천만원 이상인 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회한도(최대10회)) | 연간 치료비 총액 1억 1천만원 이상 시, 치료비 총액 중 1억원 초과 금액의 매 1천만원당 이 보장 가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 500%) (※ 자세한 지급금액은 해당 특별약관 본문 참조) |

| 구 | 분 | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 항암방사선치료Ⅱ(간편건강고지) | 보장개시일 이후 암(유사암 제외)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우 | 특약가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일 부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 항암방사선치료Ⅱ(간편건강고지)(갱신형) | 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우 | 특약가입금액의 20% (각각 최초 1회한) (단, 최초계약일 부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 항암약물치료Ⅱ(간편건강고지) | 보장개시일 이후 암(유사암 제외)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우 | 특약가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일 부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 항암약물치료Ⅱ(간편건강고지)(갱신형) | 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우 | 특약가입금액의 20% (각각 최초 1회한) (단, 최초계약일 부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 항암방사선약물치료Ⅱ(연간1회한)(간편건강고지) | 보장개시일 이후 암(유사암 제외)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우 | 특약가입금액 (연간1회한) |
| | 항암방사선약물치료Ⅱ(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형) | 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우 | 특약가입금액의 20% (각각 연간1회한) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 항암방사선치료Ⅱ(치료당)(간편건강고지) | 보장개시일 이후 암(유사암 제외)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우 | 특약가입금액 (치료당 1회) |
| | 항암방사선치료Ⅱ(치료당)(간편건강고지)(갱신형) | 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우 | 특약가입금액의 20% (각각 치료당 1회) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 항암약물치료Ⅱ(치료당)(간편건강고지) | 보장개시일 이후 암(유사암 제외)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 항암약물치료(주사제)를 받은 경우 | 특약가입금액 (입원 또는 통원 치료당 1회) |
| | | 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 항암약물치료(주사제)를 받은 경우 | 특약가입금액의 20% (각각 입원 또는 통원 치료당 1회) |
| | 항암약물치료Ⅱ(치료당)(간편건강고지)(갱신형) | 보장개시일 이후 암(유사암 제외)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료(주사제 외)를 받은 경우 | 특약가입금액 (연간1회한) |
| | | 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료(주사제 외)를 받은 경우 | 특약가입금액의 20% (각각 연간1회한) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 표적항암약물허가치료(간편건강고지)(갱신형) | 보장개시일 이후 암(기타피부암, 갑상선암 제외) 으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 '표적항암약물허가치료' 를 받은 경우 | 특약가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | | 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 '표적항암약물허가치료' 를 받은 경우 | 특약가입금액 (각각 최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 표적항암약물허가치료(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형) | 보장개시일 이후 암(기타피부암, 갑상선암 제외) 으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 '표적항암약물허가치료' 를 받은 경우 | 특약가입금액 (연간 1회한) |
| | | 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 '표적항암약물허가치료' 를 받은 경우 | 특약가입금액 (각각 연간 1회한) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 표적항암약물허가치료(치료당)(간편건강고지)(갱신형) | 보장개시일 이후 암(기타피부암, 갑상선암 제외) 으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 표적항암약물허가치료(주사제)를 받은 경우 | 특약가입금액 (각각 입원 또는 통원당 1회) |
| | | 기타피부암, 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 표적항암약물허가치료(주사제)를 받은 경우 | |
| | | 보장개시일 이후 암(기타피부암, 갑상선암 제외) 으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 표적항암약물허가치료(주사제 외)를 받은 경우 | 특약가입금액 (각각 연간1회한) |
| | | 기타피부암, 갑상선암 으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 표적항암약물허가치료(주사제 외)를 받은 경우 | |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 항암방사선(양성자)치료(간편건강고지)(갱신형) | 보장개시일 이후 암(기타피부암, 갑상선암 제외) 으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 '항암방사선(양성자)치료'를 받은 경우 | 특약가입금액(최초1회한)(단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | | 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 '항암방사선(양성자)치료'를 받은 경우 | 특약가입금액(각각 최초1회한)(단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 항암방사선(양성자)치료(치료당)(간편건강고지)(갱신형) | 보장개시일 이후 암(기타피부암, 갑상선암 제외) 으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 '항암방사선(양성자)치료'를 받은 경우 | 특약가입금액(각각 치료당 1회) |
| | | 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 '항암방사선(양성자)치료'를 받은 경우 | |
| | 항암방사선(세기조절)치료(간편건강고지)(갱신형) | 보장개시일 이후 암(기타피부암, 갑상선암 제외) 으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 '항암방사선(세기조절)치료'를 받은 경우 | 특약가입금액(최초1회한)(단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | | 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 '항암방사선(세기조절)치료'를 받은 경우 | 특약가입금액(각각 최초1회한)(단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 항암방사선(세기조절)치료(치료당)(간편건강고지)(갱신형) | 보장개시일 이후 암(기타피부암, 갑상선암 제외) 으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 '항암방사선(세기조절)치료'를 받은 경우 | 특약가입금액(각각 치료당 1회) |
| | | 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 '항암방사선(세기조절)치료'를 받은 경우 | |
| | 항암호르몬약물허가치료(치료당)(간편건강고지)(갱신형) | 보장개시일 이후 기타피부암/갑상선암 이외의 암으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 항암호르몬약물치료(주사제)를 받은 경우 | 특약가입금액(입원 또는 통원 치료당 1회) |
| | | 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 항암호르몬약물치료(주사제)를 받은 경우 | 특약가입금액의 20%(각각 입원 또는 통원 치료당 1회) |
| | | 보장개시일 이후 기타피부암/갑상선암 이외의 암으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암호르몬약물치료(주사제 외)를 받은 경우 | 특약가입금액(연간 1회한) |
| | | 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암호르몬약물치료(주사제 외)를 받은 경우 | 특약가입금액의 20%(각각 연간 1회한) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 항암호르몬 약물허가치료 (간편건강고지) (갱신형) | 보장개시일 이후 암(기타피부암, 갑상선암 제외) 으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 '항암호르몬약물허가치료' 를 받은 경우 | 특약가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | | 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 '항암호르몬약물허가치료' 를 받은 경우 | 특약가입금액의 20% (각각 최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 갑상선암 수술후호르몬 약물치료 (간편건강고지) (갱신형) | 갑상선암으로 진단확정되고, 그 갑상선암의 수술 후 '갑상선암수술후 호르몬약물치료' 를 받은 경우 | 특약가입금액 (최초 1회한) |
| | 카티(CAR-T) 항암약물허가치료 (연간1회한) (간편건강고지) (갱신형) | 보장개시일 이후 '카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증' 으로 진단 받고 그 '카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증' 의 직접적인 치료를 목적으로 '카티(CAR-T)항암약물허가치료' 를 받은 경우 | 특약가입금액 (연간 1회한) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 전이암항암약물치료 (간편건강고지) | 보장개시일 이후 전이암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우 | 특약가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 전이암 항암방사선치료 (간편건강고지) | 보장개시일 이후 전이암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우 | 특약가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 전이암표적항암약물허가치료(간편건강고지)(갱신형) | 보장개시일 이후 전이암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 표적항암약물허가치료를 받은 경우 | 특약가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 전이암 항암호르몬 약물허가치료 (간편건강고지) (갱신형) | 보장개시일 이후 전이암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암호르몬약물허가치료를 받은 경우 | 특약가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 전이암항암방사선(양성자)치료 (간편건강고지) (갱신형) | 보장개시일 이후 전이암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선(양성자)치료를 받은 경우 | 특약가입금액 (최초1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 전이암항암방사선(세기조절)치료 (간편건강고지) (갱신형) | 보장개시일 이후 전이암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선(세기조절)치료를 받은 경우 | 특약가입금액 (최초1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 뇌출혈진단<br>(간편건강고지) | 뇌출혈으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액<br>(최초 1회한)<br>(단, 최초계약일<br>부터 1년미만<br>상기금액의 50%) |
| | 뇌졸중진단<br>(간편건강고지) | 뇌졸중으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액<br>(최초 1회한)<br>(단, 최초계약일<br>부터 1년미만<br>상기금액의 50%) |
| | 뇌졸중진단<br>(간편건강고지)<br>(갱신형) | | |
| | 특정뇌혈관<br>질환진단<br>(간편건강고지) | 특정뇌혈관질환으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액<br>(최초 1회한)<br>(단, 최초계약일부터<br>90일이내 상기금액의<br>10%,<br>90일초과 1년미만<br>상기금액의 50%) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 특정NGS유전<br>자패널검사<br>(연간1회한,<br>급여)<br>(간편건강고지) | 보장개시일 이후 '암'으로 진단확정되고, 그 암의 치료를 위한 필요소견을 토대로 '급여NGS유전자패널검사'를 받은 경우 | 특약가입금액<br>(검사당 각각 연간<br>1회한) |
| | 암직접치료<br>통원일당<br>(상급종합<br>병원)<br>(간편건강고지) | 보장개시일 이후 암(유사암 제외)의 직접치료를 목적으로 상급종합병원에 통원치료를 한 경우<br>유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양)의 직접치료를 목적으로 상급종합병원에 통원치료를 한 경우 | 통원 1회당<br>특약가입금액<br>(1일 통원당 1회한) |
| | 암직접치료<br>통원일당<br>(종합병원)<br>(간편건강고지) | 보장개시일 이후 암(유사암 제외)의 직접치료를 목적으로 종합병원에 통원치료를 한 경우<br>유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양)의 직접치료를 목적으로 종합병원에 통원치료를 한 경우 | 통원 1회당<br>특약가입금액<br>(1일 통원당 1회한) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 뇌혈관질환 진단 (간편건강고지) | 뇌혈관질환으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 90일이내 상기금액의 10%, 90일초과 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 뇌혈관질환 진단 (간편건강고지) (갱신형) | | |
| | 뇌혈관질환 (Ⅰ)진단 (간편건강 고지) | 뇌혈관질환(Ⅰ)으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 90일이내 상기금액의 10%, 90일초과 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 뇌혈관질환 (Ⅰ)진단 (간편건강 고지) (갱신형) | | |
| | 뇌혈관질환 (Ⅱ)진단 (간편건강 고지) | 뇌혈관질환(Ⅱ)으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 90일이내 상기금액의 10%, 90일초과 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 뇌혈관질환 (Ⅱ)진단 (간편건강 고지)(갱신형) | | |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 급성심근 경색증진단 (간편건강고지) | 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일 부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 급성심근 경색증진단 (간편건강고지) (갱신형) | | |
| | 특정허혈심장 질환진단 (간편건강고지) | 특정허혈심장질환으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 90일이내 상기금액의 10%, 90일초과 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 허혈심장 질환진단 (간편건강고지) | 허혈심장질환으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 90일이내 상기금액의 10%, 90일초과 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 허혈심장 질환진단 (간편건강고지) (갱신형) | | |
| | 통풍진단 (간편건강고지) | 보장개시일 이후 통풍으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일 부터 1년미만 상기금액의 50%) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 대상포진진단(간편건강고지) | 대상포진으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액(최초 1회한)(단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 대상포진눈병진단(간편건강고지) | 대상포진눈병으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액(최초 1회한)(단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 심혈관질환(특정Ⅰ,I49제외)진단(간편건강고지) | 심혈관질환(특정Ⅰ,I49제외)으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액(최초 1회한)(단, 최초계약일부터 90일이내 상기금액의 10%, 90일초과 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 심혈관질환(특정Ⅰ,I49제외)진단(간편건강고지)(갱신형) | | |
| | 심혈관질환(I49)진단(간편건강고지) | 심혈관질환(I49)으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액(최초 1회한)(단, 최초계약일부터 90일이내 상기금액의 10%, 90일초과 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 심혈관질환(I49)진단(간편건강고지)(갱신형) | | |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 남성통합암(전이포함)진단(유사암제외)(간편건강고지)<br>남성통합암(전이포함)진단(유사암제외)(간편건강고지)(갱신형) | 보장개시일 이후 '두경부암'으로 진단 확정된 경우 | 각 보장 가입금액(최초 1회한)(단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | | 보장개시일 이후 '위암 및 식도암'으로 진단 확정된 경우 | |
| | | 보장개시일 이후 '소장·대장·항문암 및 기타암'으로 진단 확정된 경우 | |
| | | 보장개시일 이후 '간·담낭·담도암 및 췌장암'으로 진단 확정된 경우 | |
| | | 보장개시일 이후 '흉곽내기관·중피성암 및 연조직암'으로 진단 확정된 경우 | |
| | | 보장개시일 이후 '골·피부 등 전신부위암'으로 진단 확정된 경우 | |
| | | 보장개시일 이후 '유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암'으로 진단 확정된 경우 | |
| | | 보장개시일 이후 '남성생식기암'으로 진단 확정된 경우 | |
| | | 보장개시일 이후 '뇌암 및 중추신경계통암'으로 진단 확정된 경우 | |
| | | 보장개시일 이후 '혈액암'으로 진단 확정된 경우 | |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 여성통합암(전이포함)진단(유사암제외)(간편건강고지)<br><br>여성통합암(전이포함)진단(유사암제외)(간편건강고지)(갱신형) | 보장개시일 이후 '두경부암'으로 진단 확정된 경우 | 각 보장 가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | | 보장개시일 이후 '위암 및 식도암'으로 진단 확정된 경우 | |
| | | 보장개시일 이후 '소장·대장·항문암 및 기타암'으로 진단 확정된 경우 | |
| | | 보장개시일 이후 '간·담낭·담도암 및 췌장암'으로 진단 확정된 경우 | |
| | | 보장개시일 이후 '흉곽내기관·중피성암 및 연조직암'으로 진단 확정된 경우 | |
| | | 보장개시일 이후 '골·피부 등 전신부위암'으로 진단 확정된 경우 | |
| | | 보장개시일 이후 '유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암'으로 진단 확정된 경우 | |
| | | 보장개시일 이후 '여성생식기암'으로 진단 확정된 경우 | |
| | | 보장개시일 이후 '난소암'으로 진단 확정된 경우 | |
| | | 보장개시일 이후 '자궁암'으로 진단 확정된 경우 | |
| | | 보장개시일 이후 '뇌암 및 중추신경계통암'으로 진단 확정된 경우 | |
| | | 보장개시일 이후 '혈액암'으로 진단 확정된 경우 | |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 전이암항암약물치료(치료당)(간편건강고지) | 보장개시일 이후 전이암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료(주사제)를 받은 경우 | 특약가입금액 (입원 또는 통원 치료당 1회) |
| | 전이암항암약물치료(치료당)(간편건강고지)(갱신형) | 보장개시일 이후 전이암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료(주사제외)를 받은 경우 | 특약가입금액 (연간1회한) |
| | 전이암항암방사선치료(치료당)(간편건강고지)<br><br>전이암항암방사선치료(치료당)(간편건강고지)(갱신형) | 보장개시일 이후 전이암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우 | 특약가입금액 (치료당 1회) |
| | 전이암표적항암약물허가치료(치료당)(간편건강고지)(갱신형) | 보장개시일 이후 전이암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 표적항암약물허가치료(주사제)를 받은 경우 | 특약가입금액 (입원 또는 통원 치료당 1회) |
| | | 보장개시일 이후 전이암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 표적항암약물허가치료(주사제 외)를 받은 경우 | 특약가입금액 (연간1회한) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 심혈관질환(특정2대) 진단(간편건강고지) | 심혈관질환(특정2대)으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 90일이내 상기금액의 10%, 90일초과 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 심혈관질환(특정2대) 진단(간편건강고지) (갱신형) | | |
| | 심혈관질환 (주요심장염증)진단 (간편건강고지) | 심혈관질환(주요 심장염증)으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 90일이내 상기금액의 10%, 90일초과 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 심혈관질환 (주요심장염증)진단 (간편건강고지) (갱신형) | | |
| | 심혈관질환(특정Ⅱ) 진단(간편건강고지) | 심혈관질환(특정Ⅱ)으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 90일이내 상기금액의 10%, 90일초과 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 심혈관질환(특정Ⅱ) 진단(간편건강고지) (갱신형) | | |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 중증폐렴진단 (간편건강고지) | 중증폐렴으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액 (최초 1회한) |
| | 특정패혈증진단 (간편건강고지) | 특정패혈증으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액 (최초 1회한) |
| | 급성신우신염진단 (간편건강고지) | 급성신우신염으로 진단확정된 경우 | 특약가입금액 (최초 1회한) |
| | 질병입원일당(1-180일)(간편건강고지) 질병입원일당(1-180일)(간편건강고지) (갱신형) | 질병으로 1일이상 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 특약가입금액 (180일한도) |
| | 질병입원일당 (1-180일,종합병원) (간편건강고지) | 질병으로 1일이상 종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 특약가입금액 (180일한도) |
| | 질병입원일당 (1-180일,중환자실) (간편건강고지) | 질병으로 1일이상 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 특약가입금액 (180일한도) |
| | 질병입원일당 (1-30일,종합병원, 1인실) (간편건강고지) | 질병으로 종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 특약가입금액 (30일 한도) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 질병입원일당 (1-30일,상급종합병원,1인실) (간편건강고지) | 질병으로 상급종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 특약가입금액 (30일 한도) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 질병입원일당(1-30일,종합병원,2~3인실)(간편건강고지) | 질병으로 종합병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 특약가입금액(30일 한도)(단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 질병입원일당(1-30일,상급종합병원,2~3인실)(간편건강고지) | 질병으로 상급종합병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 특약가입금액(30일 한도)(단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 간병인사용 질병입원일당Ⅶ(1-180일)(간편건강고지)<br>간병인사용 질병입원일당Ⅶ(1-180일)(간편건강고지)(갱신형) | 질병으로 병원(요양병원 제외)에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우 | 간병인사용 1일당 해당 보장의 보험가입금액(단, 간병인 평균사용금액이 1일당 8만원 미만인 경우 상기금액의 50%)(180일한도) |
| | | 질병으로 요양병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우 | 간병인사용 1일당 해당 보장의 보험가입금액(180일한도) |
| | | 질병으로 병원(요양병원 제외)에 입원하고, 간호·간병통합서비스(일반병동/재활병동)를 사용하여 치료를 받은 경우 | 간호·간병통합서비스(일반병동/재활병동) 사용 1일당 해당 보장의 보험가입금액(각각 180일한도) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 간병인사용 질병입원일당Ⅶ(181-365일)(간편건강고지) | 질병으로 병원(요양,정신,한방병원및의원 제외)에 181일이상 계속입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우 | 181일째 입원일로부터 간병인사용 1일당 해당 보장의 보험가입금액(단, 간병인 평균사용금액이 1일당 8만원 미만인 경우 상기금액의 50%)(185일한도) |
| | 간병인사용 질병입원일당Ⅶ(181-365일)(간편건강고지)(갱신형) | 질병으로 병원(요양,정신,한방병원제외)에 181일이상 계속입원하고, 간호·간병통합서비스(일반병동/재활병동)를 사용하여 치료를 받은 경우 | 181일째 입원일로부터 간호·간병통합서비스(일반병동/재활병동) 사용 1일당 해당 보장의 보험가입금액(각각 185일한도) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 간병인사용 질병입원일당 (체증형) (1-180일) (간편건강고지)<br><br>간병인사용 질병입원일당 (체증형) (1-180일) (간편건강고지) (갱신형) | 질병으로 병원(요양병원 제외)에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우 | 간병인사용 1일당 해당보장의 보험가입금액 × 지급률<br><br>경과기간 / 지급률<br>5년미만 / 100%<br>5년이상 10년미만 / 120%<br>10년이상 15년미만 / 150%<br>15년이상 20년미만 / 180%<br>20년이상 / 200%<br><br>(단, 간병인평균사용금액이 1일당 8만원 미만인 경우 상기금액의 50%) (180일한도) |
| | | 질병으로 요양병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우 | 간병인사용 1일당 해당 보장의 보험가입금액× 지급률<br><br>경과기간 / 지급률<br>5년미만 / 100%<br>5년이상 10년미만 / 120%<br>10년이상 15년미만 / 150%<br>15년이상 20년미만 / 180%<br>20년이상 / 200%<br><br>(180일한도) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 질병수술 입원일당 (1-120일) (간편건강고지) | 질병으로 수술입원하여 치료를 받은 경우 | 수술입원 1일당 특약가입금액 (120일 한도) |
| | 질병수술 입원일당 (1-10일) (간편건강고지) | 질병으로 수술입원하여 치료를 받은 경우 | 수술입원 1일당 특약가입금액 (10일 한도) |
| | 질병수술입원일당 (1-120일,종합병원) (간편건강고지) | 질병으로 종합병원에서 수술입원하여 치료를 받은 경우 | 수술입원 1일당 특약가입금액 (120일 한도) |
| | 질병수술입원일당 (1-120일,상급종합병원) (간편건강고지) | 질병으로 상급종합병원에서 수술입원하여 치료를 받은 경우 | 수술입원 1일당 특약가입금액 (120일 한도) |
| | 질병간호간병통합서비스 입원일당 (간편건강고지) | 질병으로 병원(요양병원 제외)에 입원하고, 간호·간병통합서비스를 사용하여 일반병동에서 치료를 받은 경우 | 사용 1일당 간호·간병통합서비스 (일반병동)사용 질병입원급여금 보장의 가입금액(30일한도) |
| | | 질병으로 병원(요양병원 제외)에 입원하고, 간호·간병통합서비스를 사용하여 재활병동에서 치료를 받은 경우 | 사용 1일당 간호·간병통합서비스 (재활병동)사용 질병입원급여금 보장의 가입금액(60일한도) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 암직접치료 입원일당 (1-180일, 요양병원제외) (간편건강고지) | 보장개시일 이후 암(유사암 제외)으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 병원(요양병원제외)에 1일이상 입원한 경우 | 입원 1일당 특약가입금액 (180일 한도) |
| | 암직접치료 입원일당 (1-180일, 요양병원제외) (간편건강고지) (갱신형) | 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 병원(요양병원제외)에 1일이상 입원한 경우 | |
| | 요양병원암입원일당 (1-90일) (간편건강고지) | 보장개시일 이후 암(유사암 제외)으로 진단확정되고, 그 치료를 목적으로 요양병원에 1일이상 입원한 경우 | 입원 1일당 특약가입금액 (90일 한도) |
| | 요양병원암입원일당 (1-90일) (간편건강고지) (갱신형) | 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정되고, 그 치료를 목적으로 요양병원에 1일이상 입원한 경우 | |
| | 전이암직접치료 입원일당(1-180일, 요양병원제외) (간편건강고지) | 보장개시일 이후 전이암의 직접치료를 목적으로 병원(요양병원 제외)에 1일이상 입원한 경우 | 입원 1일당 특약가입금액 (180일 한도) |
| | 전이암요양병원 입원일당(1-90일) (간편건강고지) | 보장개시일 이후 전이암의 치료를 목적으로 요양병원에 1일이상 입원한 경우 | 입원 1일당 특약가입금액 (90일 한도) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 심뇌혈관질환 입원일당 (1-180일) (간편건강고지) | 심뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 특약가입금액 (180일 한도) |
| | 심뇌혈관질환 수술입원일당 (1-60일) (간편건강고지) | 심뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술입원하여 치료를 받은 경우 | 수술입원 1일당 특약가입금액 (60일 한도) |
| | 특정감염병II 입원일당 (1-30일) (간편건강고지) | 특정감염병II의 치료를 직접적인 목적으로 1일이상 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 가입금액 (30일한도) |
| | 말기암호스피스통증완화치료(입원형, 가정형, 최초1회한) (간편건강고지) | 보장개시일 이후 '암'으로 진단 받고 말기암환자가 '호스피스·완화의료' 목적으로 '호스피스전문기관'의 입원형 또는 가정형 호스피스·완화의료 치료를 받은 경우 | 특약가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 질병수술<br>(간편건강고지) | 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 | 특약가입금액<br>(하나의 질병당)<br>(단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 질병수술<br>(간편건강고지)<br>(갱신형) | | |
| | 질병수술<br>(백내장및대장용종제외)<br>(간편건강고지) | 질병(백내장 및 대장용종 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 | 특약가입금액<br>(하나의 질병당)<br>(단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 질병수술<br>(백내장및대장용종제외)<br>(간편건강고지)<br>(갱신형) | | |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 질병수술<br>(추가감액)<br>(간편건강고지) | 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 | 특약가입금액<br>(하나의 질병당)<br>(단, 최초계약일부터 90일이내 상기금액의 10%, 90일초과 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 질병수술<br>(추가감액)<br>(간편건강고지)<br>(갱신형) | | |
| | 질병수술(백내장및대장용종제외)(추가감액)<br>(간편건강고지) | 질병(백내장 및 대장용종 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 | 특약가입금액<br>(하나의 질병당)<br>(단, 최초계약일부터 90일이내 상기금액의 10%, 90일초과 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 질병수술(백내장및대장용종제외)(추가감액)<br>(간편건강고지)<br>(갱신형) | | |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 질병수술III(1-5종)(수술회당지급)(간편건강고지)<br><br>질병수술III(1-5종)(수술회당지급)(간편건강고지)(갱신형) | 질병으로 '1-5종수술III분류표'에서 정한 1종' 수술을 받은 경우 | '질병수술III(1종)' 보장의 보험가입금액 (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | | 질병으로 '1-5종수술III분류표'에서 정한 2종' 수술을 받은 경우 | '질병수술III(2종)' 보장의 보험가입금액 (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | | 질병으로 '1-5종수술III분류표'에서 정한 3종' 수술을 받은 경우 | '질병수술III(3종)' 보장의 보험가입금액 (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | | 질병으로 '1-5종수술III분류표'에서 정한 4종' 수술을 받은 경우 | '질병수술III(4종)' 보장의 보험가입금액 (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | | 질병으로 '1-5종수술III분류표'에서 정한 5종' 수술을 받은 경우 | '질병수술III(5종)' 보장의 보험가입금액 (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 질병수술III(1-5종)(수술회당지급)(추가감액)(간편건강고지)<br><br>질병수술III(1-5종)(수술회당지급)(추가감액)(간편건강고지)(갱신형) | 질병으로 '1-5종수술III분류표'에서 정한 1종' 수술을 받은 경우 | '질병수술III(1종)' 보장의 보험가입금액 (단, 최초계약일부터 90일이내 보장가입금액의 10%, 90일초과 1년미만 보장 가입금액의 50%) |
| | | 질병으로 '1-5종수술III분류표'에서 정한 2종' 수술을 받은 경우 | '질병수술III(2종)' 보장의 보험가입금액 (단, 최초계약일부터 90일이내 보장가입금액의 10%, 90일초과 1년미만 보장 가입금액의 50%) |
| | | 질병으로 '1-5종수술III분류표'에서 정한 3종' 수술을 받은 경우 | '질병수술III(3종)' 보장의 보험가입금액 (단, 최초계약일부터 90일이내 보장가입금액의 10%, 90일초과 1년미만 보장 가입금액의 50%) |
| | | 질병으로 '1-5종수술III분류표'에서 정한 4종' 수술을 받은 경우 | '질병수술III(4종)' 보장의 보험가입금액 (단, 최초계약일부터 90일이내 보장가입금액의 10%, 90일초과 1년미만 보장 가입금액의 50%) |
| | | 질병으로 '1-5종수술III분류표'에서 정한 5종' 수술을 받은 경우 | '질병수술III(5종)' 보장의 보험가입금액 (단, 최초계약일부터 90일이내 보장가입금액의 10%, 90일초과 1년미만 보장 가입금액의 50%) |

| 구 분 | | 지 급 사 유 | 지 급 금 액 | |
|---|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 질병수술(시술포함)(1-8종)(급여)(추가감액)(간편건강고지) | 질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표' 에서 정한 '1종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '질병수술(시술포함)(1종)' 보장의 가입금액 | 최초 계약일 부터 90일 이내 각 보장가입 금액의 10%, 90일 초과 1년미만 각 보장 가입 금액의 50% |
| | | 질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표' 에서 정한 '2종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '질병수술(시술포함)(2종)' 보장의 가입금액 | |
| | | 질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표' 에서 정한 '3종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '질병수술(시술포함)(3종)' 보장의 가입금액 | |
| | | 질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표' 에서 정한 '4종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '질병수술(시술포함)(4종)' 보장의 가입금액 | |
| | | 질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표' 에서 정한 '5종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '질병수술(시술포함)(5종)' 보장의 가입금액 | |
| | | 질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표' 에서 정한 '6종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '질병수술(시술포함)(6종)' 보장의 가입금액 | |
| | | 질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표' 에서 정한 '7종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '질병수술(시술포함)(7종)' 보장의 가입금액 | |
| | | 질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표' 에서 정한 '8종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '질병수술(시술포함)(8종)' 보장의 가입금액 | |

| 구 분 | | 지 급 사 유 | 지 급 금 액 | |
|---|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 질병수술(시술포함)(1-8종)(급여)(간편건강고지) | 질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표' 에서 정한 '1종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '질병수술(시술포함)(1종)' 보장의 가입금액 | 최초 계약일 부터 1년미만 각 보장 가입금액의 50% |
| | | 질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표' 에서 정한 '2종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '질병수술(시술포함)(2종)' 보장의 가입금액 | |
| | | 질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표' 에서 정한 '3종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '질병수술(시술포함)(3종)' 보장의 가입금액 | |
| | | 질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표' 에서 정한 '4종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '질병수술(시술포함)(4종)' 보장의 가입금액 | |
| | | 질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표' 에서 정한 '5종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '질병수술(시술포함)(5종)' 보장의 가입금액 | |
| | | 질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표' 에서 정한 '6종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '질병수술(시술포함)(6종)' 보장의 가입금액 | |
| | | 질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표' 에서 정한 '7종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '질병수술(시술포함)(7종)' 보장의 가입금액 | |
| | | 질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표' 에서 정한 '8종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '질병수술(시술포함)(8종)' 보장의 가입금액 | |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 질병특정급여시술치료(연간1회한)(간편건강고지) | 질병으로 '질병특정급여시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)'를 받은 경우 | 이 보장의 보험가입금액(연간1회한)(단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | | 질병으로 '질병특정급여시술치료(신경차단술)(급여)'를 받은 경우 | 이 보장의 보험가입금액(연간1회한)(단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | | 질병으로 '질병특정급여시술치료(기타시술)(급여)'를 받은 경우 | 이 보장의 보험가입금액(연간1회한)(단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 질병수술(종합병원)(간편건강고지)<br>질병수술(종합병원)(간편건강고지)(갱신형) | 질병으로 종합병원에서 수술을 받은 경우 | 이 특약의 보험가입금액(하나의 질병당)(단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 질병수술(상급종합병원)(간편건강고지)<br>질병수술(상급종합병원)(간편건강고지)(갱신형) | 질병으로 상급종합병원에서 수술을 받은 경우 | 이 특약의 보험가입금액(하나의 질병당)(단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 혈전용해치료비Ⅱ(최초1회한)(간편건강고지)<br>혈전용해치료비Ⅱ(최초1회한)(간편건강고지)(갱신형) | 뇌졸중으로 혈전용해치료를 받은 경우 | 특약가입금액(최초 1회한) |
| | | 특정심장질환으로 혈전용해치료를 받은 경우 | 특약가입금액(최초 1회한) |
| | 혈전용해치료비Ⅲ(최초1회한)(간편건강고지)<br>혈전용해치료비Ⅲ(최초1회한)(간편건강고지)(갱신형) | '특정순환계질환Ⅰ'으로 '혈전용해치료'를 받은 경우 | 특약가입금액(최초 1회한) |
| | 혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)(간편건강고지)<br>혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형) | 뇌졸중으로 혈전용해치료를 받은 경우 | 특약가입금액(연간 1회한) |
| | | 특정심장질환으로 혈전용해치료를 받은 경우 | 특약가입금액(연간 1회한) |
| | 혈전용해치료비Ⅲ(연간1회한)(간편건강고지)<br>혈전용해치료비Ⅲ(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형) | '특정순환계질환Ⅰ'으로 '혈전용해치료'를 받은 경우 | 특약가입금액(연간 1회한) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 특정질환로봇수술<br>(연간1회한)<br>(간편건강고지)<br>(갱신형) | 보장개시일 이후 '특정 자궁및 난소질환'으로 진단받고 '로봇수술'을 받은 경우 | 이 보장의 보험가입금액 (연간 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | | 보장개시일 이후 '특정 전립선 및방광질환'으로 진단받고 '로봇수술'을 받은 경우 | 이 보장의 보험가입금액 (연간 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | | 보장개시일 이후 '특정 내분비 및소화계질환'으로 진단받고 '로봇수술'을 받은 경우 | 이 보장의 보험가입금액 (연간 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 2대질병입원중 특정합병증진단 (간편건강고지) | '뇌출혈 및 뇌경색증 입원중 폐렴II'으로 진단 확정된 경우 | 이 보장의 보험가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | | '급성심근경색증 입원중 심부전'으로 진단 확정된 경우 | 이 보장의 보험가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 3대질병전신마취수술 (간편건강고지) | 보장개시일 이후 '3대질병'의 직접적인 치료를 목적으로 전신마취를 하고 마취시간 6시간 이상의 수술을 받은 경우 | 이 보장의 보험가입금액 |
| | | 보장개시일 이후 '3대질병'의 직접적인 치료를 목적으로 전신마취를 하고 마취시간 4시간 이상의 수술을 받은 경우 | 이 보장의 보험가입금액 |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 뇌졸중·급성심근경색증통원일당(연간30일한)(간편건강고지) | '뇌졸중'의 치료를 목적으로 통원한 경우 | 통원1일당 이 특약의 보험가입금액 (연간 30회한) |
| | 뇌졸중·급성심근경색증통원일당(연간30일한)(간편건강고지)(갱신형) | '급성심근경색증'의 치료를 목적으로 통원한 경우 | 통원1일당 이 특약의 보험가입금액 (연간 30회한) |
| | 뇌졸중·급성심근경색증통원일당(연간30일한,종합병원)(간편건강고지) | '뇌졸중'의 치료를 목적으로 종합병원에서 통원한 경우 | 통원1일당 이 특약의 보험가입금액 (연간 30회한) |
| | 뇌졸중·급성심근경색증통원일당(연간30일한,종합병원)(간편건강고지)(갱신형) | '급성심근경색증'의 치료를 목적으로 종합병원에서 통원한 경우 | 통원1일당 이 특약의 보험가입금액 (연간 30회한) |
| | 뇌동맥류(비파열성)진단(간편건강고지) | '뇌동맥류(비파열성)'으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액 (최초1회한) (단, 최초계약일부터 90일이내 상기금액의 10%, 90일초과 1년미만 상기금액의 50%) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 심·뇌혈관질환(특정III) 특정재활치료 (1일1회, 연간90회한 ,급여)(간편건강고지) | '심·뇌혈관질환(특정III)'으로 입원 또는 통원하여 '급여 심·뇌혈관질환(특정III) 특정재활치료I'를 받은 경우 | 이 보장의 보험가입금액 (연간 90회한,각각 1일 1회한) |
| | | '심·뇌혈관질환(특정III)'으로 입원 또는 통원하여 '급여 심·뇌혈관질환(특정III) 특정재활치료II'를 받은 경우 | 이 보장의 보험가입금액 (연간 90회한,각각 1일 1회한) |
| | | '심·뇌혈관질환(특정III)'으로 입원 또는 통원하여 '급여 심·뇌혈관질환(특정III) 특정재활치료III'를 받은 경우 | 이 보장의 보험가입금액 (연간 90회한,각각 1일 1회한) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 로봇암수술(다빈치및레보아이)(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형) | 보장개시일 이후 '암(갑상선암및전립선암제외)'으로 진단확정되고 그 '암(갑상선암및전립선암제외)'의 치료를 직접적인 목적으로 '다빈치로봇암수술' 또는 '레보아이로봇암수술'을 받은 경우 | 이 보장의 보험가입금액(연간1회한)(단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | | 보장개시일 이후 '갑상선암' 또는 '전립선암'으로 진단확정되고 그 '갑상선암' 또는 '전립선암'의 치료를 직접적인 목적으로 ' '다빈치로봇암수술' 또는 '레보아이로봇암수술'을 받은 경우 | 이 보장의 보험가입금액(연간1회한)(단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 로봇암수술(다빈치 및 레보아이)(최초1회한)(간편건강고지)(갱신형) | 보장개시일 이후 '암(갑상선암및전립선암제외)'으로 진단확정되고 그 '암(갑상선암및전립선암제외)'의 치료를 직접적인 목적으로 '다빈치로봇암수술' 또는 '레보아이로봇암수술'을 받은 경우 | 이 보장의 보험가입금액(최초1회한)(단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | | 보장개시일 이후 '갑상선암' 또는 '전립선암'으로 진단확정되고 그 '갑상선암' 또는 '전립선암'의 치료를 직접적인 목적으로 '다빈치로봇암수술' 또는 '레보아이로봇암수술'을 받은 경우 | 이 보장의 보험가입금액(최초1회한)(단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |

| 구 분 | | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 표적항암약물허가치료비(비급여)(간편건강고지)(갱신형) | | 보장개시일 이후 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 '비급여 표적항암약물허가치료'를 받은 경우 | 특약가입금액(최초 1회한)(단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | | | '기타피부암'으로 '비급여 표적항암약물허가치료'를 받은 경우 | 특약가입금액(최초 1회한)(단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | | | '갑상선암'으로 '비급여 표적항암약물허가치료'를 받은 경우 | 특약가입금액(최초 1회한)(단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 중증질환자(중복암및재등록암)산정특례대상(간편건강고지) | 중복암 | 보장개시일 이후 '중증질환자(암) 산정특례대상질병'으로 진단확정되고, '중증질환자(암) 산정특례대상질병'으로 '산정특례 중복암 등록'이된 경우 | '중증질환자(중복암및재등록암)산정특례대상(중복암)' 보장의 보험가입금액(최초 1회한) |
| | | 재등록암 | 보장개시일 이후 '중증질환자(암) 산정특례대상질병'으로 진단확정되고, '중증질환자(암) 산정특례대상질병'으로 '산정특례 재등록암 등록'이된 경우 | '중증질환자(중복암및재등록암)산정특례대상(재등록암)' 보장의 보험가입금액(최초 1회한) |

| 구 분 | | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 중증질환자(신규암)산정특례대상(간편건강고지) | 유사암 및 소액암 제외 | 보장개시일 이후 '중증질환자(암) 산정특례대상질병(유사암 및 소액암제외)'로 진단확정되고, '산정특례 신규암 등록'이 된 경우 | '중증질환자(암) 산정특례대상질병(유사암 및소액암제외)' 보장 의 보험가입금액(최초 1회한) |
| | | 소액암 | 보장개시일 이후 '소액암'으로 진단확정되고, '산정특례 신규암 등록'이 된 경우 | '중증질환자(암) 산정특례대상질병 (소액암)' 보장 의 보험가입금액(최초 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | | 유사암 | '유사암'으로 진단확정되고, '산정특례 신규암 등록'이 된 경우 | '중증질환자(암) 산정특례대상질병 (유사암)' 보장 의 보험가입금액 (최초 1회한) (단, 최초계약일부터 90일이내 상기금액의 10%, 90일초과 1년미만 상기금액의 50%) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 암수술 (간편건강고지) | 보장개시일 이후 암(유사암 제외)으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 | 수술 1회당 특약가입금액 |
| | 암수술 (간편건강고지) (갱신형) | 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 | 수술 1회당 특약가입금액의 20% |
| | 전이암수술 (간편건강고지) | 보장개시일 이후 전이암으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 | 수술 1회당 특약가입금액 (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 뇌혈관 질환수술 (간편건강고지) | 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은경우 | 수술 1회당 특약가입금액 (단, 최초계약일부터 90일이내 상기금액의 10%, 90일초과 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 허혈심장 질환수술 (간편건강고지) | 허혈심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은경우 | 수술 1회당 특약가입금액 (단, 최초계약일부터 90일이내 상기금액의 10%, 90일초과 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 심뇌혈관질환수술 (간편건강고지) | 심뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은경우 | 수술 1회당 특약가입금액 (단, 최초계약일부터 90일이내 상기금액의 10%, 90일초과 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 심뇌혈관질환수술 (간편건강고지) (갱신형) | | |

| 구 분 | | | 지급사유 | 지급금액 | |
|---|---|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 120대 질병수술II (간편건강고지) | 질병수술1 (26대질병II) | 26대질병II의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 | 수술 1회당 해당 보장가입금액 | 단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | | 질병수술2 (58대질병II) | 58대질병II의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 | 수술 1회당 해당 보장가입금액 | |
| | | 질병수술3 (24대질병) | 24대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 | 수술 1회당 해당 보장가입금액 | |
| | 120대 질병 수술II (간편 건강고지) (갱신형) | 치핵수술 | 치핵의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 | 수술 1회당 해당 보장가입금액 | |
| | | 갑상선관련 질병수술 | 갑상선관련질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 | 수술 1회당 해당 보장가입금액 | |
| | | 다발성10대 질병수술 | 다발성10대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 | 수술 1회당 해당 보장가입금액 | |

| 구 분 | | | 지급사유 | 지급금액 | |
|---|---|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 120대 질병 수술II (추가감액) (간편건강고지) | 질병수술1 (26대질병II) | 26대질병II의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 | 수술 1회당 해당 보장가입금액 | 최초 계약일 부터 90일이내 각 보장가입금액의 10%, 90일초과 1년미만각 보장 가입 금액의 50% |
| | | 질병수술2 (58대질병II) | 58대질병II의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 | 수술 1회당 해당 보장가입금액 | |
| | | 질병수술3 (24대질병) | 24대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 | 수술 1회당 해당 보장가입금액 | |
| | 120대 질병 수술II (추가감액) (간편건강고지) (갱신형) | 치핵수술 | 치핵의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 | 수술 1회당 해당 보장가입금액 | |
| | | 갑상선관련 질병수술 | 갑상선관련질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 | 수술 1회당 해당 보장가입금액 | |
| | | 다발성10대 질병수술 | 다발성10대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 | 수술 1회당 해당 보장가입금액 | |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 다발성질병수술(3대질병)(간편건강고지) | 3대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 | 수술 1회당 해당 보장가입금액 (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 다발성 질병수술(3대질병)(추가감액)(간편건강고지) | 다발성질병(3대질병)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 | 수술 1회당 특약가입금액 (단, 최초계약일부터 90일이내 상기금액의 10%, 90일초과 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 추간판장애수술(간편건강고지) | 추간판장애의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 | 수술 1회당 특약가입금액 (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 간질환수술(간편건강고지) | 간질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 | 수술 1회당 특약가입금액 |
| | 추간판장애수술(간편건강고지) | 추간판장애의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 | 수술 1회당 특약가입금액 (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 질병재활치료(연간15회한,급여)(간편건강고지) 질병재활치료(연간15회한,급여)(간편건강고지)(갱신형) | 질병으로 입원 또는 통원하여 '급여 재활치료'를 받은 경우 | 특약가입금액 (연간 15회한, 1일 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 5대기관 질병수술(관혈/비관혈)(연간1회한)(간편건강고지) | 5대기관(뇌혈관, 심장, 간, 신장, 폐)질환의 치료를 직접적인 목적으로 관혈수술을 받은 경우 | 특약가입금액 (기관별 각각 연간1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | | 5대기관(뇌혈관, 심장, 간, 신장, 폐)질환의 치료를 직접적인 목적으로 비관혈수술을 받은 경우 | 특약가입금액의 50% (기관별 각각 연간1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 보험료납입지원(유사암진단(양성뇌종양포함))(간편건강고지) | '유사암(양성뇌종양포함)'으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액의 12배를 보험료 납입지원 기간동안 매년 확정 지급 + 특약가입금액 × 보험료 납입지원 잔여기간(월) |
| | 질병MRI검사 지원비(연간1회한,급여)(간편건강고지) | 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 '급여 질병MRI검사'에 해당하는 의료행위를 받은 경우 | 특약가입금액 (연간 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 질병CT검사 지원비(연간1회한,급여)(간편건강고지) | 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 '급여 질병CT검사'에 해당하는 의료행위를 받은 경우 | 특약가입금액 (연간 1회한) (단, 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 요양병원 암입원일당 (1-90일) (감액및면책기간미적용) (간편건강고지) | '암'('유사암' 제외)의 치료를 목적으로 1일이상 요양병원에 입원한 경우 | 입원 1일당 특약가입금액 (90일 한도) |
| | | 유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양)의 치료를 목적으로 1일이상 요양병원에 입원한 경우 | |
| | 암수술(감액및면책기간미적용) (간편건강고지), 암수술(감액및면책기간미적용) (간편건강고지) (갱신형) | '암'('유사암' 제외) 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 | 수술 1회당 특약가입금액 |
| | | 유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 | 수술 1회당 특약가입금액의 20% |
| | 항암방사선 치료II(감액및면책기간미적용) (간편건강고지) | 암(유사암 제외)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우 | 특약가입금액 (최초 1회한) |
| | 항암방사선 치료II(감액및면책기간미적용) (간편건강고지) (갱신형) | 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우 | 특약가입금액의 20% (각각 최초 1회한) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 암진단II(유사암제외) (감액및면책기간미적용) (간편건강고지), 암진단II(유사암제외) (감액및면책기간미적용) (간편건강고지)(갱신형) | '암'('유사암' 제외)으로 진단 확정된 경우 ※유사암 : 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 | 특약가입금액 (최초 1회한) |
| | 유사암진단II (양성뇌종양포함) (감액및면책기간미적용) (간편건강고지), 유사암진단II (양성뇌종양포함)(감액및면책기간미적용) (간편건강고지)(갱신형) | 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 및 양성뇌종양으로 진단 확정된 경우 | 특약가입금액 (각각 최초 1회한) |
| | 암직접치료입원일당 (1-180일,요양병원제외) (감액및면책기간미적용) (간편건강고지) | '암'('유사암' 제외)의 직접치료를 목적으로 병원(요양병원제외)에 1일이상 입원한 경우 | 입원 1일당 가입금액 (180일 한도) |
| | | 유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양)의 직접치료를 목적으로 병원(요양병원제외)에 1일이상 입원한 경우 | |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병관련보장특약 | 항암약물치료II (감액및면책기간 미적용) (간편건강고지) | 암(유사암 제외)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우 | 특약가입금액 (최초 1회한) |
| | 항암약물치료II (감액및면책기간 미적용) (간편건강고지) (갱신형) | 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우 | 특약가입금액의 20% (각각 최초 1회한) |
| | 항암방사선 약물치료II (연간1회한) (감액및면책기간 미적용) (간편건강고지) (갱신형) | 암(유사암 제외)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우 | 특약가입금액 (연간1회한) |
| | | 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우 | 특약가입금액의 20% (각각 연간1회한) |
| | 표적항암약물 허가치료 (감액및면책기간 미적용) (간편건강고지) (갱신형) | 암(기타피부암, 갑상선암 제외) 으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 '표적항암약물허가치료'를 받은 경우 | 특약가입금액 (각각 최초 1회한) |
| | | 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 '표적항암약물허가치료'를 받은 경우 | |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 상해및질병관련보장특약 | 상해질병급여 치료지원금 (연간1회한) (간편건강고지) (갱신형) | 연간 본인부담 급여의료비 총액이 1백만원이상인 경우 | 연간 본인부담 급여의료비 총액 / 지급금액<br>1백만원 이상 2백만원 미만 / 이 보장 보험가입금액 (연간1회한)<br>2백만원 이상 3백만원 미만 / 이 보장 보험가입금액 (연간1회한)<br>3백만원 이상 5백만원 미만 / 이 보장 보험가입금액 (연간1회한)<br>5백만원 이상 1천만원 미만 / 이 보장 보험가입금액 (연간1회한)<br>1천만원 이상 / 이 보장 보험가입금액 (연간1회한) |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 상해및질병관련보장특약 | 중증질환자(뇌혈관)산정특례대상(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형) | 상해 또는 질병으로 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상’으로 등록된 경우 | 특약가입금액(연간 1회한) |
| | 중증질환자(심장)산정특례대상(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형) | 상해 또는 질병으로 질병으로 중증질환자(심장) 산정특례대상’으로 등록된 경우 | 특약가입금액(연간 1회한) |
| | 깁스치료 | 상해 또는 질병으로 깁스치료를 받은 경우 | 특약가입금액(1사고당 또는 하나의 질병당) |
| | 응급실 내원진료비(응급) | 응급환자로 응급실에 내원하여 진료를 받은 경우 | 특약가입금액 |

| 구 분 | | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 상해및질병관련보장특약 | 창상봉합술(안면/경부)(1일1회, 연간3회한, 급여)(간편건강고지) | 질병 또는 상해로 입원 또는 통원하여 ‘창상봉합술(급여)(안면/경부)(A형)’을 받는 경우 | ‘창상봉합술(급여)(안면/경부)(A형)’보장의 보험가입금액(1일1회, 연간3회한) |
| | | 질병 또는 상해로 입원 또는 통원하여 ‘창상봉합술(급여)(안면/경부)(B형)’을 받는 경우 | ‘창상봉합술(급여)(안면/경부)(B형)’보장의 보험가입금액(1일1회, 연간3회한) |
| | | 질병 또는 상해로 입원 또는 통원하여 ‘창상봉합술(급여)(안면/경부)(C형)’을 받는 경우 | ‘창상봉합술(급여)(안면/경부)(C형)’보장의 보험가입금액(1일1회, 연간3회한) |
| | 창상봉합술(안면/경부외)(1일1회, 연간3회한, 급여)(간편건강고지) | 질병 또는 상해로 입원 또는 통원하여 ‘창상봉합술(급여)(안면/경부외)(A형)’을 받는 경우 | ‘창상봉합술(급여)(안면/경부외)(A형)’보장의 보험가입금액(1일1회, 연간3회한) |
| | | 질병 또는 상해로 입원 또는 통원하여 ‘창상봉합술(급여)(안면/경부외)(B형)’을 받는 경우 | ‘창상봉합술(급여)(안면/경부외)(B형)’보장의 보험가입금액(1일1회, 연간3회한) |
| | | 질병 또는 상해로 입원 또는 통원하여 ‘창상봉합술(급여)(안면/경부외)(C형)’을 받는 경우 | ‘창상봉합술(급여)(안면/경부외)(C형)’보장의 보험가입금액(1일1회, 연간3회한) |

| 구 분 | | 지 급 사 유 | 지 급 금 액 |
|---|---|---|---|
| 상해및질병관련보장특약 | 추간판장애신경차단술(연간 1회한,급여)(간편건강고지) | 상해 또는 질병으로 급여 추간판장애 신경차단술’을 받은 경우 | 특약가입금액 (연간 1회한) (단, 질병인 경우 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 인공심박동기 삽입술 (연간1회한, 급여)(간편건강고지) | 상해 또는 질병으로 급여 인공심박동기삽입술을 받은 경우 | 특약가입금액 (연간 1회한) (단, 질병인 경우 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 이식형제세동기삽입술(연간 1회한,급여)(간편건강고지) | 상해 또는 질병으로 급여 이식형제세동기기삽입술을 받은 경우 | 특약가입금액 (연간 1회한) (단, 질병인 경우 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |
| | 특정중증치료(4종) (연간1회한, 급여)(간편건강고지) | 상해 또는 질병으로 급여 특정중증치료(4종)’을 받은 경우 단, 인공호흡기치료는 12시간을 초과한 경우에 한하여 보장 | 급여 특정중증치료(4종)보장의 보험가입금액 (연간 1회한) (단, 질병인 경우 최초계약일부터 1년미만 상기금액의 50%) |

| 구 분 | | 지 급 사 유 | 지 급 금 액 |
|---|---|---|---|
| 비용손해관련보장특약 | 전기통신 금융사기피해 (갱신형) | ‘전기통신금융사기’로 금전적인 손해를 입어 피해가 확정된 경우 | 실제 금전손실액 (피해환급금 제외)을 이 특약의 보험증권에 기재된 보상비율로 보상 (단, 이 특약의 보험가입금액 한도) |

**<무배당 일상생활중배상책임IV(가족)(갱신형)보장 특별약관>**

| 구 분 | 지 급 사 유 | 지 급 금 액 |
|---|---|---|
| 일상생활중배상책임IV (가족)(누수사고 포함)(갱신형) | 피보험자 본인 및 가족이 일상생활중 타인의 신체에 장해 또는 재물에 손해를 입힘으로써 법률상의 배상책임을 부담하는 경우 | 대인/대물(누수)/대물(누수제외) 사고로 구분하여 각각 보험증권에 기재된 금액 한도 (자기부담금 : 대인/대물(누수)/대물(누수제외) 사고로 구분하여 보험증권에 기재된 금액) |
| 일상생활중배상책임IV (가족)(누수사고 제외)(갱신형) | 피보험자 본인 및 가족이 일상생활중 타인의 신체에 장해 또는 재물에 손해(누수사고 제외)를 입힘으로써 법률상의 배상책임을 부담하는 경우 | 대인/대물(누수제외) 사고로 구분하여 각각 보험증권에 기재된 금액 한도 (자기부담금 : 대인/대물(누수제외) 사고로 구분하여 보험증권에 기재된 금액) |

<무배당 법률비용손해II(갱신형)보장 특별약관>

| 구 분 | 지 급 사 유 | 지 급 금 액 |
|---|---|---|
| 무배당 법률비용손해II (민사소송) (갱신형) | 민사소송사건이 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료되어 소송비용을 부담하는 경우 | -. 변호사비용(변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙' 에 정한 변호사비용의 한도 내에서 실제 부담한 변호사보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액): 1,500만원 한도<br>(1사고당 자기부담금 10만원)<br>-. 인지액+송달료:500만원 한도 |
| 무배당 법률비용손해II (행정소송) (갱신형) | 행정소송사건이 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료되어 소송비용을 부담하는 경우 | -. 변호사비용(변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙' 에 정한 변호사비용의 한도 내에서 실제 부담한 변호사보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액): 1,500만원 한도<br>(1사고당 자기부담금 10만원)<br>-. 인지액+송달료:500만원 한도 |
| 무배당 가족법률비용손해II (의료과오) (갱신형) | 피보험자에게 의료과오와 관련된 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 소송사건이 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료되고 피보험자가 소송비용을 부담하는 것으로 판결 또는 결정이 내려진 경우 | - 변호사비용(변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙' 에 정한 변호사비용의 130% 한도 내에서 실제 부담한 피보험자의 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액)<br>: 1,500만원 한도<br>(1사고당 자기부담금 10만원)<br>- 상대방변호사비용(변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙' 에 정한 변호사비용의 한도 내에서 실제 부담한 상대방의 변호사 보수액 중 피보험자가 부담하는 소송 상대방 변호사 비용의 30%를 초과하는 금액)<br>: 1,500만원 한도<br>(1사고당 자기부담금: 피보험자가 부담하는 소송 상대방 변호사 비용의 30%)<br>- 인지액+송달료:500만원 한도 |

## ■ 주요 용어 해설

- **종합병원 :** 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원
- **상급종합병원 :** 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원
- **중환자실 :** 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실
- **요양병원 :**
  의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 요양병원
- **유사암:** 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양
- **소액암:**
  유방의 악성신생물, 자궁경부의 악성신생물, 자궁체부의 악성신생물, 전립선의 악성신생물, 방광의 악성신생물
- **재진단암 :** '재진단암' 에 대한 보장개시일 이후 진단확정된 다음 각 호의 '암' 을 말합니다. 다만, '기타피부암', '갑상선암' 및 '전립선암' 은 제외합니다.
  1. 새로운 원발암
  2. 동일장기 또는 타부위에 전이된 암
  3. 동일장기에 재발된 암
  4. '암' (유사암 제외)에 대한 보장개시일 이후 발생한 '암' (유사암 제외)진단부위에 '암' 세포가 남아있는 경우
- **재진단암의 보장개시일 :**

1. 첫 번째 재진단암 :
   최초로 발생한 '암' (유사암 제외)진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날
2. 두 번째 이후 재진단암 :
   직전 재진단암 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음 날

- **재진단 기타피부암 및 갑상선암**
  : '재진단 기타피부암 및 갑상선암' 에 대한 보장개시일 이후 진단확정된 다음 각 호의 '암' 을 말합니다.
  1. 새로운 원발암(기타피부암 및 갑상선암)
  2. 동일 장기 또는 타부위에 전이된 암
  3. 동일 장기에 재발된 암
  4. 보험기간 중에 발생한 '기타피부암 및 갑상선암' 진단부위에

'기타피부암 및 갑상선암' 세포가 남아있는 경우

**• 재진단 기타피부암 및 갑상선암의 보장개시일**

1. 첫 번째 재진단 기타피부암 및 갑상선암
   : 최초로 발생한 '기타피부암 및 갑상선암' 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날
2. 두번째 이후 재진단 기타피부암 및 갑상선암
   : 직전 재진단 기타피부암 및 갑상선암 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날

**• 3대암** : 위의 악성신생물, 간 및 간내 담관의 악성신생물, 담낭의 악성신생물, 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물, 기관의 악성신생물, 기관지 및 폐의 악성신생물

**• 26대질병Ⅱ** : 중증근무력증, 안와장애, 유리체의 장애, 하지정맥류, 과민대장증후군, 전신결합조직장애Ⅱ, 치열 및 치루, 골수염, 골괴사증, 뼈의 파젯병, 뼈의기타장애, 연골병증, 신장 및 요관의 결석, 요도결석증, 다한증, 눈및부속기관의 양성종양, 수면무호흡증, 결막장애, 외이의 질환, 림프절염, 대상포진, 급성 기관지염, 급성 세기관지염, 정맥염 및 혈전정맥염, 기타 정맥의 색전증 및 혈전증, 식도정맥류, 후각특정질환Ⅱ, 유방의장애Ⅱ

**• 58대질병Ⅱ** : 담석증, 사타구니 탈장, 편도 및 아데노이드의 만성 질환, 만성 부비동염, 급성상기도감염, 후각특정질환, 인후부위의 특정질환, 성대결절, 근육장애, 발바닥근막성 섬유종증, 중이염, 중이 및 유돌의 질환, 내이의 질환, 황반변성, 공막·각막·홍채·섬모체의 장애, 맥락막 및 망막의 장애, 시신경 및 시각경로의 장애, 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 방광의결석, 신장 및 요관의 기타 장애, 비뇨계통의 기타 질환, 유방의장애, 특정 부위의 탈장, 비감염성 장염 및 결장염, 특정장질환, 복막의질환, 담낭담도질환, 척추변형, 척추병증, 추간판장애(디스크질환), 골다공증, 안면신경장애, 손목터널증후군, 단일신경병증, 특정 누적외상성질환, 윤활막 및 힘줄장애, 식도질환, 위·십이지장질환, 어깨병변, 고혈압, 당뇨병, 용혈-요독증후군(햄버거병), 비장질환, 부갑상선질환, 뇌하수체질환, 대사장애, 마비, 귀의 기타장애, 동맥및세동맥의 질환, 외부요인에의한폐질환, 폐부종, 특정호흡기질환, 침샘질환, 위공장궤양, 특정소화기질환, 장흡수장애, 전신결합조직장애Ⅰ

**• 24대질병** : 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 동맥경화증, 만성 하부호흡기질환, 폐렴, 녹내장, 결핵, 신부전, 패혈증, 중추신경계통의 염증성질환(수막염), 중추신경계통의 염증성질환(뇌및척수의염증성질환),파킨슨병, 다발경화증, 자율신경계통의 장애, 대동맥류, 폐질환, 급성 췌장염, 췌장질환, 뇌전증, 뇌성마비, 수두증, 버거씨병

**• 3대질병** : 관절염, 백내장, 생식기질환

**• 다발성10대질병** : 소화기계통의 양성신생물, 중이·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 골 및 관절연골의 양성신생물, 조직의 양성신생물, 생식기의 양성종양, 비뇨기관의 양성신생물, 수막의 양성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 양성신생물, 내분비선의 양성신생물, 유방의 양성종양

**• 5대기관 : 뇌, 심장, 간, 폐, 신장**

**• 특정감염병Ⅱ** :
콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 상세불명의 시겔라증, 장 출혈성 대장균 감염, 페스트, 파상풍, 디프테리아, 백일해, 급성 회색질척수염, 일본뇌염, 홍역, 풍진, 볼거리, 탄저병, 브루셀라병, 렙토스피라병, 성홍열, 수막알균 수막염, 기타 그람음성균에 의한 패혈증, 재향군인병, 비폐렴성 재향군인병[폰티액열], 발진티푸스, 광견병, 신장 증후군을 동반한 출혈열, 말라리아, 코로나-19, SARS, MERS

**• 말기암환자** : 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 몇 개월 내에 사망할 것으로 예상되는 암환자

**• 말기암환자 완화의료** : 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 통하여 말기암환자와 그 가족의 삶의 질을 향상시키는 것을 목적으로 하는 의료

**• 표적항암제** : 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)'(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여

특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제

**• 보험료납입지원(유사암진단(양성뇌종양포함))**

**- 보험료 납입지원기간 :** 보험금의 지급사유 발생일부터 기본계약 납입기간 종료일 이전까지의 연단위 기간

**- 보험료 납입지원 잔여기간(월) :** '보험료 납입지원기간' 이 끝난 날의 다음 날부터 기본계약 납입기간 종료일 이전까지 월단위 기간

• 보장용어에 대한 자세한 내용은 반드시 약관 본문을 참조하시기 바랍니다.

**나. 보험금 지급제한 사항**

(1) 암직접치료입원일당(1-180일, 요양병원제외)(간편건강고지)보장, 암직접치료입원일당(1-180일, 요양병원제외)(감액및면책기간미적용)(간편건강고지)보장, 암직접치료입원일당(1-180일, 요양병원제외)(간편건강고지)(갱신형) 및 전이암직접치료입원일당(1-180일, 요양병원제외)(간편건강고지)보장은 암의 직접적인 치료를 목적으로 입원하는 경우에 한하여 보장하며, 요양병원에 입원한 경우는 보장하지 않습니다.

(2) 암수술(간편건강고지), 암수술(감액및면책기간미적용)(간편건강고지), 암수술(간편건강고지)(갱신형), 암수술(감액및면책기간미적용)(간편건강고지)(갱신형) 및 전이암수술(간편건강고지)보장에서 항암방사선치료 및 항암약물치료는 약관에서 정한 '수술보험금'의 지급이 불가능합니다.

(3) 이 상품의 배상책임관련보장은 해당담보를 보장하는 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우, 약관내용에 따라 비례보상 됩니다.

(4) 혈전용해치료라 함은 의사가 '뇌졸중' 또는 '특정심장질환'의 직접적인 치료를 목적으로 '혈전용해제'를 혈관으로 주입하는 치료를 말하며 ①항응고제 ②경구용약제 투약 ③혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술은 보상에서 제외됩니다.

(5) 보험금의 지급사유 및 보험금을 지급하지 않는 사유 등 기타 세부적인 사항은 약관내용에 따라 제한될 수 있으니, 반드시 약관 본문을 참조하시기 바랍니다.

**Q. 회사의 보장은 언제부터 시작되나요?**

-. 회사는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 상품의 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 단, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

-. 단, 해당 특별약관에서 보장개시일을 별도로 정한 경우에는 해당 보장개시일을 따릅니다.

**■ 이 상품의 보장 중에 보험 가입 후 일정기간 동안 보험금을 감액지급하거나 면책기간이 있는 보장이 있습니다.**

| 구 분 | 최초계약과 부활(효력회복)계약의 면책기간 | 보험금 감액기간 및 감액지급 | |
|---|---|---|---|
| | | 보험금 감액기간 | 가입금액 50%지급 |
| 암진단II(유사암제외)(간편건강고지),<br>암진단II(유사암제외)(간편건강고지)(갱신형) | 90일면책 | 최초계약일부터 1년미만 | ○ |
| 특정암진단(간편건강고지)<br>위암진단(간편건강고지),<br>폐암진단(간편건강고지)<br>간/담낭/담도/췌장암진단(간편건강고지)<br>비뇨기관(신장/방광/요관)암진단(간편건강고지)<br>대장/소장/항문암진단(간편건강고지)<br>3대암진단(간편건강고지)<br>중증갑상선암진단(간편건강고지)<br>특정NGS유전자패널검사<br>(연간1회한,급여)(간편건강고지)<br>전이암직접치료입원일당<br>(1-180일,요양병원제외)(간편건강고지)<br>전이암요양병원입원일당(1-90일)(간편건강고지)<br>전이암진단(최초1회한)(간편건강고지)<br>전이암진단(최초1회한)(간편건강고지)(갱신형)<br>재진단암진단II(간편건강고지)<br>카티(CAR-T)항암약물허가치료(연간1회한)<br>(간편건강고지)(갱신형)<br>전이암항암약물치료(치료당)(간편건강고지)<br>전이암항암방사선치료(치료당)(간편건강고지)<br>전이암항암약물치료(치료당)(간편건강고지)(갱신형)<br>전이암항암방사선치료(치료당)(간편건강고지)(갱신형)<br>전이암표적항암약물허가치료(치료당)<br>(간편건강고지)(갱신형) | 90일면책 | - | - |

| 구 분 | 최초계약과 부활(효력회복)계약의 면책기간 | 보험금 감액기간 및 감액지급 | |
|---|---|---|---|
| | | 보험금 감액기간 | 가입금액 50%지급 |
| 통풍진단(간편건강고지),<br>말기암호스피스통증완화치료(입원형,가정형,최초1회한)(간편건강고지),<br>전이암수술(간편건강고지)<br>전이암항암약물치료(간편건강고지)<br>전이암항암방사선치료(간편건강고지)<br>전이암표적항암약물허가치료<br>(간편건강고지)(갱신형)<br>전이암항암호르몬약물허가치료<br>(간편건강고지)(갱신형)<br>전이암항암방사선(세기조절)치료<br>(간편건강고지)(갱신형)<br>전이암항암방사선(양성자)치료(간편건강고지)(갱신형)<br>로봇암수술(다빈치및레보아이)(최초1회한)<br>(간편건강고지)(갱신형)<br>로봇암수술(다빈치및레보아이)(연간1회한)<br>(간편건강고지)(갱신형)<br>특정질환로봇수술(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형)<br>남성통합암(전이포함)진단(유사암제외)(간편건강고지)(갱신형)<br>여성통합암(전이포함)진단(유사암제외)<br>(간편건강고지)(갱신형)<br>남성통합암(전이포함)진단(유사암제외)<br>(간편건강고지)<br>여성통합암(전이포함)진단(유사암제외)<br>(간편건강고지) | 90일면책 | 최초계약일부터 1년미만 | ○ |

| 구 분 | | 최초계약과부활(효력회복)계약의 면책기간 | 보험금 감액기간 및 감액지급 | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 보험금 감액기간 | 가입금액 50%지급 |
| 표적항암약물허가치료(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형), 표적항암약물허가치료(치료당)(간편건강고지)(갱신형), 항암방사선(양성자)치료(치료당)(간편건강고지)(갱신형), 항암방사선(세기조절)치료(치료당)(간편건강고지)(갱신형), 항암호르몬약물허가치료(치료당)(간편건강고지)(갱신형) | 암(기타피부암, 갑상선암 제외) | 90일 | - | - |
| | 기타피부암, 갑상선암 | - | | - |
| 암주요치료비Ⅰ(연간1회한, 진단후5년)(간편건강고지) 암주요치료비Ⅰ(연간1회한, 진단후5년)(간편건강고지)(갱신형) 암주요치료비Ⅰ(연간1회한, 진단후10년)(간편건강고지) 암주요치료비Ⅰ(연간1회한, 진단후10년)(간편건강고지)(갱신형) | 암치료급여금(기타피부암 및 갑상선암제외) | 90일 | 1년 미만 | ○ |
| | 기타피부암 및 갑상선암 치료급여금 | - | 1년 미만 | ○ |
| | 암치료비지원금(1천만원이상, 종합병원) | 90일 | - | - |
| | 암치료비지원금(5백만원이상 1천만원미만, 종합병원) | | | |
| | 암치료비지원금(1억1천만원이상, 종합병원) | | | |

| 구 분 | | 최초계약과부활(효력회복)계약의 면책기간 | 보험금 감액기간 및 감액지급 | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 보험금 감액기간 | 가입금액 50%지급 |
| 암직접치료입원일당(1-180일, 요양병원제외)(간편건강고지), 요양병원암입원일당(1-90일)(간편건강고지) 암직접치료입원일당(1-180일, 요양병원제외)(간편건강고지)(갱신형), 요양병원암입원일당(1-90일)(간편건강고지)(갱신형) 암직접치료통원일당(상급종합병원)(간편건강고지) 암직접치료통원일당(종합병원)(간편건강고지), 암수술(간편건강고지), 암수술(간편건강고지)(갱신형) 항암방사선치료Ⅱ(치료당)(간편건강고지), 항암약물치료Ⅱ(치료당)(간편건강고지), 항암방사선약물치료Ⅱ(연간1회한)(간편건강고지), 항암방사선치료Ⅱ(치료당)(간편건강고지)(갱신형), 항암약물치료Ⅱ(치료당)(간편건강고지)(갱신형), 항암방사선약물치료Ⅱ(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형) | 암(유사암 제외) | 90일 면책 | - | - |
| | 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 | - | - | - |

| 구 분 | | 최초계약과부활(효력회복)계약의 면책기간 | 보험금 감액기간 및 감액지급 | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 보험금 감액기간 | 가입금액 50%지급 |
| 표적항암약물허가치료(간편건강고지)(갱신형), 항암방사선(양성자)치료(간편건강고지)(갱신형), 항암방사선(세기조절)치료(간편건강고지)(갱신형), 항암호르몬약물허가치료(간편건강고지)(갱신형) 표적항암약물허가치료비(비급여)(간편건강고지)(갱신형) | 암(기타피부암, 갑상선암 제외) | 90일면책 | 최초계약일부터 1년미만 | ○ |
| | 기타피부암, 갑상선암 | - | 최초계약일부터 1년미만 | ○ |

| 구 분 | | 최초계약과부활(효력회복)계약의 면책기간 | 보험금 감액기간 및 감액지급 | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 보험금 감액기간 | 가입금액 50%지급 |
| 항암방사선치료II(간편건강고지), 항암약물치료II(간편건강고지), 항암방사선치료II(간편건강고지)(갱신형), 항암약물치료II(간편건강고지)(갱신형), | 암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외) | 90일면책 | 최초계약일부터 1년미만 | ○ |
| | 기타피부암, 갑상선암 제자리암 경계성종양 | - | 최초계약일부터 1년미만 | ○ |

| 구 분 | | 최초계약과부활(효력회복)계약의 면책기간 | 보험금 감액기간 및 감액지급 | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 보험금 감액기간 | 가입금액 50%지급 |
| 보험료납입 면제대상 (간편건강고지) | 암(유사암제외) | 90일 면책 | - | - |
| | 뇌졸중, 급성심근경색증, 상해후유장해(80%이상), 질병후유장해(80%이상), 중대한특정상해수술 | - | - | - |
| 3대질병전신마취 수술 (간편건강고지) | 암( '유사암' 제외) | 90일면책 | - | - |
| | 유사암 뇌혈관질환 허혈심장질환 | - | | |

| 구 분 | 최초계약과부활(효력회복)계약의 면책기간 | 보험금 감액기간 및 감액지급 | |
|---|---|---|---|
| | | 보험금 감액기간 | 가입금액 50%지급 |
| 질병후유장해(간편건강고지), 질병후유장해(간편건강고지)(갱신형), 질병후유장해(50%이상)(간편건강고지), 질병후유장해(80%이상)(간편건강고지), 질병후유장해(50%이상,월지급형)(간편건강고지) 질병후유장해(80%이상,월지급형)(간편건강고지) 뇌출혈진단(간편건강고지), 뇌졸중진단(간편건강고지), 뇌졸중진단(간편건강고지)(갱신형), 급성심근경색증진단(간편건강고지) 급성심근경색증진단(간편건강고지)(갱신형), 대상포진진단(간편건강고지), 대상포진눈병진단(간편건강고지), 5대기관질병수술(관혈/비관혈) (연간1회한)(간편건강고지), 5대기관질병수술(관혈/비관혈) (연간1회한)(간편건강고지)(갱신형), 질병수술(간편건강고지), 질병수술(종합병원)(간편건강고지), 질병수술(상급종합병원)(간편건강고지), 질병수술(백내장및대장용종제외)(간편건강고지), 질병수술(간편건강고지)(갱신형), 질병수술(백내장및대장용종제외) (간편건강고지)(갱신형), 질병수술III(1-5종)(수술회당지급) (간편건강고지), 질병수술III(1-5종)(수술회당지급)(간편건강고지)(갱신형) 질병수술(시술포함)(1-8종)(간편건강고지) 2대질병입원중특정합병증진단 (간편건강고지) | - | 최초계약 일부터 1년미만 | ○ |

| 구 분 | | 최초계약과 부활(효력회복)계약의 면책기간 | 보험금 감액기간 및 감액지급 | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 보험금 감액기간 | 가입금액 50%지급 |
| 질병사망(간편건강고지),질병사망(간편건강고지)(갱신형),<br>질병입원일당(1-30일,종합병원,1인실)(간편건강고지),<br>질병입원일당(1-30일,상급종합병원,1인실)(간편건강고지),<br>추간판장애수술(간편건강고지),<br>120대질병수술II(간편건강고지),<br>120대질병수술II(간편건강고지)(갱신형),다발성질병수술(3대질병)(간편건강고지),질병MRI검사지원비(연간1회한,급여)(간편건강고지),<br>질병CT검사지원비(연간1회한,급여)(간편건강고지),<br>질병재활치료(연간15회한,급여)(간편건강고지),<br>질병재활치료(연간15회한,급여)(간편건강고지)(갱신형) | | - | 최초계약일부터 1년미만 | ○ |
| 추간판장애신경차단술(연간1회한,급여)(간편건강고지),<br>특정중증치료(4종)(연간1회한,급여)(간편건강고지),<br>인공심박동기삽입술(연간1회한,급여)(간편건강고지),<br>이식형제세동기삽입술(연간1회한,급여)(간편건강고지) | 질병 | - | 최초계약일부터 1년미만 | ○ |
| | 상해 | | - | |

| 구 분 | 최초계약과 부활(효력회복)계약의 면책기간 | 보험금 감액기간 및 감액지급 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 보험금 감액기간 | 가입금액 10% 지급 | 가입금액 50% 지급 |
| 특정뇌혈관질환진단(간편건강고지),<br>뇌혈관질환진단(간편건강고지),<br>뇌혈관질환(Ⅰ)진단(간편건강고지),<br>뇌혈관질환(Ⅱ)진단(간편건강고지),<br>특정허혈심장질환진단(간편건강고지),<br>허혈심장질환진단(간편건강고지),<br>심혈관질환(특정Ⅰ,I49제외)진단(간편건강고지),<br>심혈관질환(I49)진단(간편건강고지),<br>심혈관질환(특정2대)진단(간편건강고지)<br>심혈관질환(특정Ⅱ)진단(간편건강고지),<br>심혈관질환(주요심장염증)진단(간편건강고지)<br>뇌혈관질환수술(간편건강고지),<br>허혈심장질환수술(간편건강고지),<br>심뇌혈관질환수술(간편건강고지),<br>뇌혈관질환진단(간편건강고지)(갱신형),<br>뇌혈관질환(Ⅰ)진단(간편건강고지)(갱신형)<br>뇌혈관질환(Ⅱ)진단(간편건강고지)(갱신형)<br>허혈심장질환진단(간편건강고지)(갱신형)<br>심혈관질환(특정Ⅰ,I49제외)진단(간편건강고지)(갱신형)<br>심혈관질환(I49)진단(간편건강고지)(갱신형)<br>심혈관질환(특정2대)진단(간편건강고지)(갱신형)<br>심혈관질환(특정Ⅱ)진단(간편건강고지)(갱신형)<br>심혈관질환(주요심장염증)진단(간편건강고지)(갱신형)<br>심뇌혈관질환수술(간편건강고지)(갱신형),<br>질병수술(종합병원)(간편건강고지)(갱신형)<br>질병수술(상급종합병원)(간편건강고지)(갱신형) | - | 최초계약일부터 90일 이내 | ○ | - |
| | | 최초계약일부터 90일 초과 1년미만 | - | ○ |

| 구 분 | 최초계약과 부활(효력회복)계약의 면책기간 | 보험금 감액기간 및 감액지급 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 보험금 감액기간 | 가입금액 10%지급 | 가입금액 50%지급 |
| 유사암진단II(양성뇌종양포함)(간편건강고지), 유사암진단II(양성뇌종양포함)(간편건강고지)(갱신형), 질병수술(추가감액)(간편건강고지), 질병수술(추가감액)(간편건강고지)(갱신형), 질병수술(백내장및대장용종제외)(추가감액)(간편건강고지), 질병수술(백내장및대장용종제외)(추가감액)(간편건강고지)(갱신형), 120대질병수술II(추가감액)(간편건강고지), 120대질병수술II(추가감액)(간편건강고지)(갱신형), 다발성질병수술(3대질병)(추가감액)(간편건강고지), 질병수술(시술포함)(1-8종)(급여)(추가감액)(간편건강고지, 질병수술III(1-5종)(수술회당지급)(추가감액)(간편건강고지) 질병수술III(1-5종)(수술회당지급)(추가감액)(간편건강고지)(갱신형) 뇌동맥류(비파열성)진단(간편건강고지) | - | 최초계약일부터 90일이내 | ○ | - |
| | | 최초계약일부터 90일초과 1년미만 | - | ○ |

| 구 분 | | 최초계약과 부활(효력회복)계약의 면책기간 | 보험금 감액기간 및 감액지급 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 보험금 감액기간 | 가입금액 10%지급 | 가입금액 50%지급 |
| 중증질환자(신규암) 산정특례 대상(간편건강고지) | 유사암및소액암제외 | 90일면책 | - | | X |
| | 유사암 | - | 최초계약일부터 90일이내 | ○ | - |
| | | | 최초계약일부터 90일초과 1년미만 | - | ○ |
| | 소액암 | 90일면책 | 최초계약일부터 1년미만 | | ○ |

| 구 분 | | | 최초계약과 부활(효력회복) 계약의 면책기간 | 보험금 감액기간 및 감액지급 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 보험금 감액기간 | 가입금액 50%지급 |
| 중증질환자 (중복암 및 재등록암) 산정특례 대상 (간편건강고지) | 중복암 | 유사암 제외 | 90일면책 | - | X |
| | | 유사암 | - | - | X |
| | 재동록암 | 최초계약 | 5년 90일면책 | - | X |
| | | 부활 (효력회복) | 90일면책 | | |
| 질병입원일당(1-30일,종합병원, 2~3인실)(간편건강고지), 질병입원일당(1-30일,상급종합병원,2~3인실)(간편건강고지) | | | - | 최초계약 일부터 1년미만 | ○ |

## 2. 보험료 산출기초 및 공시이율

### 가. 보험료의 구성

**< 1종(표준형(간편건강고지)) >**

보험료는 보험계약자가 보험계약에 의거하여 회사에게 지급하여야 하는 요금을 말하며, 보험료는 '보장보험료'와 '적립보험료'로 구성됩니다.

또한, 보험료는 보험금 지급을 위한 보장순보험료, 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 적립순보험료, 회사의 사업경비를 위한 부가보험료 및 손해조사비로 구성됩니다.

보험료 = 보장보험료 + 적립보험료
보장보험료 = 보장순보험료 + 부가보험료 + 손해조사비
적립보험료 = 적립순보험료 + 부가보험료

**< 2종(해약환급금 미지급형(간편건강고지)) >**

보험료는 보험계약자가 보험계약에 의거하여 회사에게 지급하여야 하는 요금을 말하며, 보험료는 '보장보험료'로 구성됩니다.

또한, 보험료는 보험금 지급을 위한 보장순보험료, 회사의 사업경비를 위한 부가보험료 및 손해조사비로 구성됩니다.

보험료 = 보장보험료
보장보험료 = 보장순보험료 + 부가보험료 + 손해조사비

### 나. 적용이율

| 구 분 | 보장부분 적용이율 | 적립부분 적용이율 |
|---|---|---|
| 1종 표준형 (간편건강고지) | 연단위 복리 2.8% 독립특약 : 2.5% | 보장성 공시이율V (단, 최저보증이율은 연단위 복리 0.3%) |
| 2종 해약환급금 미지급형 (간편건강고지) | | (해당 없음) |

**Q. 보장부분 적용이율이란?**

보험료를 납입하는 시점과 보험금 지급사이에는 시차가 발생하므로 이 기간 동안 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데 이 할인율을 '보장부분 적용이율'이라고 합니다. 일반적으로 보장부분 적용이율이 높으면 보험료는 내려가고, 낮아지면 보험료는 올라갑니다.

### Q. 적립부분 적용이율(보장성 공시이율V)란?

적립부분 적용이율(보장성 공시이율V)이란 보험회사가 장래 보험금 지급을 위하여 계약자의 납입보험료의 일정부분을 적립해 나가는데, 이 계약자적립액을 적립하는 이율을 의미합니다.

- (무)간편한3.10.10건강보험(세만기형)(Hi2406)은 객관적인 외부지표금리*와 운용자산이익률**을 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 매월 회사가 결정하는 보장성 공시이율V에 연동되는 상품입니다. 보장성 공시이율V가 변동될 경우 (무)간편한3.10.10건강보험(세만기형)(Hi2406)의 적립부분 적용이율도 변동됩니다. 이 상품의 최저보증이율은 연단위 복리 0.3%입니다.

* 외부지표금리는 국고채, 회사채, 통화안정증권, 양도성예금증서 등을 고려하여 산출

** 운용자산이익률은 직전 1년간 운용자산에 대한 투자영업수익(보험금융수익 제외)과 투자영업비용(보험금융비용 제외) 등을 고려하여 산출

이에 대한 보다 자세한 내용은 인터넷홈페이지 상품공시실에서 (무)간편한3.10.10건강보험(세만기형)(Hi2406)의 사업방법서를 참조하시기 바랍니다.

### Q. 최저보증이율이란?

회사의 운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도의 적용이율입니다.

무배당
현대해상간편한3.10.10건강보험
(세만기형)
(Hi2406)

1종(표준형(간편건강고지))
2종(해약환급금 미지급형(간편건강
고지))

현대해상

보통약관

## 제1관 목적 및 용어의 정의

**제1조 (목적)**

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

**제2조 (용어의 정의)**

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

1. 계약관계 관련 용어

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

2. 지급사유 관련 용어

| 용 어 | 정 의 |
|---|---|
| 상해 | 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 입은 상해를 말합니다.<br>다만, 신체는 신체보조장구(의수, 의족, 의안, 의치 등)를 제외하나, 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우(인공장기나 부분 의치 등)는 포함합니다. |
| 후유장해 | [별표1] 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다. |
| 중요한 사항 | 계약전 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

| 용 어 | 정 의 |
|---|---|
| 연단위 복리 | 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.<br>예시) 1차년도 이자: 10원(100원(원금)×10%(이율))<br>2차년도 이자: 11원(110원(원금+1차년도 이자)×10%(이율)) |

| 용 어 | 정 의 |
|---|---|
| 평균공시이율 | 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.<br>다만, 갱신형 계약의 경우 갱신일 현재의 이율을 말합니다.<br>· 연도별 평균공시이율 확인방법<br>: 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr) > 업무자료 > 보험 > 보험상품자료 |
| 보험계약 대출이율 | 보험계약대출에 적용되는 이율로써 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정됩니다. |
| 해약환급금 | 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.<br>다만, 2종(해약환급금 미지급형(간편건강고지))은 보험료 납입기간 중 계약이 해지되는 경우 해약환급금을 지급하지 않습니다. |

4. 기간과 날짜 관련 용어

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

**【 관련법규 】**

**※ 관공서의 공휴일에 관한 규정 제2조 및 제3조**

**제2조(공휴일)**

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

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

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

11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

**제3조(대체공휴일)**

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

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

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

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

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

## 제2관 보험금의 지급

### 제3조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 사망보험금 | 상해로 사망한 경우 | 보험가입금액 |

**【 용어해설 】**

**< 보험가입금액 >**

보험가입금액이라 함은 보험사고 발생시 보험회사가 지급하여야 할 보험금의 기준이 되는 금액으로 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

### 제3조의2 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제합니다.

1. 상해 또는 질병의 직접결과로써 장해분류표([별표1] '장해분류표' 참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우
2. 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 보장개시일 이후 '암'( '유사암' 제외)으로 진단확정된 경우
3. '뇌졸중'으로 진단확정된 경우
4. '급성심근경색증'으로 진단확정된 경우
5. 상해의 직접결과로써 '뇌손상' 또는 '내장손상'을 입고 사고일부터 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 '개두(開頭)수술', '개흉(開胸)수술' 또는 '개복(開腹)수술'(이하 '중대한특정상해수술' 이라 합니다.)을 받은 경우

② 회사는 제1항에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우 차회 이후의 적립보험료 납입을 중지하여 드립니다.

**【 유의사항 】**

※ 보험료 납입면제 사유에 해당하는 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 그 사실을 회사에 알리고 보험료 납입면제를 요청하여야 합니다.

※ 회사는 납입면제 사유를 조사·확인하기 위해 필요하다고 인정되는 경우에는 검사결과, 진료기록부 등 증빙서류를 요청할 수 있습니다.

※ 회사는 계약이 해지된 이후 피보험자가 보험료 납입면제 사유에 해당하게 된 경우 보험료 납입면제를 적용하지 않습니다.

### 제4조 (암 등의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 계약에서 '유사암'이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

③ 이 계약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 계약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 계약에서 '제자리암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있

어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 계약에서 '경계성종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

**【 예시안내 】**

**< '제7항에 따른 진단방법이 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

**【 유의사항 】**

한국표준질병사인분류 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>

· '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

· '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단기준일로 합니다.

**제5조 (뇌졸중의 정의 및 진단확정)**

① 이 계약에서 '뇌졸중'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표14] '뇌졸중 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② '뇌졸중'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

**제6조 (급성심근경색증의 정의 및 진단확정)**

① 이 계약에서 '급성심근경색증'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표16] '급성심근경색증 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② '급성심근경색증'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

**제7조 (뇌손상 등의 정의)**

① 이 계약에서 '뇌손상'이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표10] '중대한 특정상해 분류표'에 해당하는 기질적 손상을 입은 경우를 말합니다.

② 이 계약에서 '내장손상'이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표10] '중대한 특정상해 분류표'에 해당하는 기질적 손상을 입은 경우를 말합니다.

③ 이 계약에서 '개두(開頭)수술', '개흉(開胸)수술', '개복(開腹)수술'이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은 '개두(開頭)수술', '개흉(開胸)수술', '개복(開腹)수술'로 보지 않습니다.

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

**제8조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 계약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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

④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【 용어해설 】

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

【 예시안내 】

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**
· 체외 충격파 쇄석술
· 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
· 절개 또는 배농술
· 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
· 전기소작술
· IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

**제9조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제3조(보험금의 지급사유)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【 용어해설 】

**< 실종선고 >**
어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람 또는 검사의 청구에 의해 사망한 것으로 보는 법원의 결정으로 민법 제27조(실종의 선고)를 따릅니다.

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

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

**제10조 (납입면제에 관한 세부규정)**

① 제3조의2(보험료 납입면제) 제1항 제1호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
다만, 장해분류표(별표1)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내

③ 장해분류표(별표1)에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표1)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
다만, 장해분류표(별표1)의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 보장보험료 납입면제를 적용하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제3조의2(보험료 납입면제) 제1항의 보장보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 결정합니다.
다만, 장해분류표(별표1)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정하고, 이전에 발생한 후유장해에 대한 후유장해지급률을 더하지 않습니다.
그러나 그 후유장해가 이미 후유장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 후유장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.
다만, 장해분류표(별표1)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다음 각 호의 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 결정된 후유장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.

1. 이미 이 계약에서 제3조의2(보험료 납입면제) 제1항의 보장보험료 납입면제 사유에 해당되지 않았을 경우(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다)
2. 제3조의2(보험료 납입면제) 제1항의 보장보험료 납입면제 사유에 해당되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우

**【 예시안내 】**

**< 장해지급률의 계산 예시 >**
보험가입 전 한 팔의 뼈에 기형(지급률 5%)이 있는 피보험자가 보험가입 후 한 팔의 손목 이상을 잃었을 경우(지급률 60%)
장해지급률 계산
• **장해지급률 = 55%**(보험가입 후 발생한 장해(60%)-보험가입 전 장해지급률(5%))

⑧ 제3조의2(보험료 납입면제) 제1항 제2호에도 불구하고 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제5항에서 정한 '암'('유사암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 '암'('유사암' 제외)과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 제3조의2(보험료 납입면제) 제1항 제2호의 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 회사는 해당 질병과 관련된 제3조의2(보험료 납입면제) 제1항 제2호의 보장보험료 납입면제를 적용하지 않습니다.
다만, 청약일부터 '암'('유사암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'('유사암' 제외)으로 진단확정 받더라도 '암'('유사암' 제외)보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 '암'('유사암' 제외)으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, '암'('유사암' 제외)에 대한 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제3조의2(보험료 납입면제) 제1항 제2호에 따라 보장보험료 납입면제를 적용합니다.

**【 유의사항 】**

추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.
1. 검진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 해당 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑨ 제8항의 '암'( '유사암' 제외)보장개시일 이후 5년이 지나는 동안' 이라 함은 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑩ 제39조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑪ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제3조의2(보험료 납입면제)의 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료 납입면제를 적용하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기.
   그러나 회사가 보장하는 사유로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

⑫ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조의2(보험료 납입면제)의 상해관련 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료 납입면제를 적용하지 않습니다.

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

**제11조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기.
   그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

**【 용어해설 】**

< 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증 >
제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해관련 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

**제12조 (보험금 지급사유 등의 통지)**

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

**제13조 (보험금 등의 청구)**

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

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

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

**【 관련법규 】**

**※ 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관의 구분**

- 의원급 의료기관: 주로 외래환자를 대상으로 하는 의원, 치과의원, 한의원
- 병원급 의료기관: 주로 입원환자를 대상으로 하는 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원
- 조산원: 조산사가 임부, 해산부 등을 대상으로 보건활동 등을 하는 의료기관

**제14조 (보험금 등의 지급절차)**

① 회사는 제13조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 보내며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사가 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다.
다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제13조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 보험수익자와 회사가 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

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

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

【 용어해설 】

< 가지급보험금 >
보험금 지급이 늦어지는 경우 보험수익자 청구에 따라 확정된 보험금을 먼저 지급하는 제도

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 [부표1] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.
그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.
다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제25조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다.
다만, 정당한 사유없이 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.

## 제15조 (중도인출금)

< 1종(표준형(간편건강고지)) >

① 회사는 계약일부터 2년 이상 경과된 유효한 계약에 대하여 계약자의 신청이 있는 경우 매 보험년도마다 1회에 한하여 중도인출금을 지급합니다.
단, 중도인출금은 적립보험료를 납입하는 계약에 한하여 요청할 수 있습니다.

② 제1항의 중도인출금은 보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산된 기본계약 적립부분 해약환급금(다만, 기본계약 해약환급금이 기본계약 적립부분 해약환급금보다 적은 경우에는 기본계약 해약환급금을 한도로 하며, 이하 동일합니다)의 80%의 범위 내에서 신청할 수 있습니다.
다만, 중도인출금의 총 누적액은 중도인출금을 한번도 지급하지 않았을 경우의 기본계약 적립부분 해약환급금의 80%를 한도로 하며, 이 계약에 의한 대출금이 있을 때에는 그 대출원금과 이자의 합계액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다.

③ 제1항의 중도인출금을 지급받은 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계약자적립액에서 해당 중도인출금액을 차감합니다.

④ 중도인출시 기본계약 적립부분 계약자적립액에서 인출금액 및 인출금액에 적립되었을 이자만큼 차감되므로 만기(해약)환급금이 감소합니다.

【 용어해설 】

< 보험년도 >
보험계약일부터 매1년 단위의 연도(당해연도 보험계약 해당일부터 다음년도 보험계약 해당일 전일까지의 기간)를 말합니다. 예를 들어, 보험계약일이 2019년 8월 15일인 경우 보험년도는 8월 15일부터 다음년도 8월 14일까지 1년입니다.

【 예시안내 】

**< 중도인출금의 한도 >**

중도인출 시점에 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 의해 산출된 금액이 아래와 같은 경우

- 기본계약 해약환급금 : 120만원
- 기본계약 적립부분 해약환급금: 100만원
  (기본계약 적립부분 해약환급금이 기본계약 해약환급금보다 적음)

⇒ 총 중도인출 가능액 = 100만원 × 80% = 80만원

⇒ 기 신청한 대출금이 있는 경우(원금과 이자의 합계를 30만원으로 가정)

잔여 중도인출 가능액 = 80만원 - 30만원 = 50만원

**< 2종(해약환급금 미지급형(간편건강고지)) >**

이 계약은 순수보장형 상품으로 계약자는 중도인출금을 신청할 수 없습니다.

【 유의사항 】

**< 보험종목의 세목에 관한 사항 >**

이 계약은 1종(표준형(간편건강고지)) 및 2종(해약환급금 미지급형(간편건강고지)) 중 선택하여 가입할 수 있습니다.

**< 2종(해약환급금 미지급형(간편건강고지))에 관한 사항 >**

2종(해약환급금 미지급형(간편건강고지))은 보험료 납입기간 중 계약을 해지하는 경우 회사가 지급해야 할 해약환급금은 없습니다.

2종(해약환급금 미지급형(간편건강고지))은 적립보험료를 납입하지 않는 순수보장형 상품으로, 중도인출금을 신청할 수 없습니다.

**제16조 (공시이율의 적용 및 공시)**

① 이 계약의 기본계약 적립부분 계약자적립액 계산시 적용되는 이율은 매월1일 회사가 정한 보장성공시이율V(이하 '공시이율'이라 합니다)로 합니다.
단, 공시이율의 최저보증이율은 연단위 복리 0.3%로 합니다.

② 제1항의 공시이율은 이 계약의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 외부지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정합니다.

③ 회사는 제1항 내지 제2항에서 정한 공시이율 및 산출방법 등을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

【 용어해설 】

**< 최저보증이율 >**

공시이율이 낮아지더라도 회사가 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 최저보증이율이 0.3%인 경우 공시이율이 0.1%로 낮아지더라도 계약자적립액은 공시이율(0.1%)이 아닌 최저보증이율(0.3%)로 적립됩니다.
따라서 계약자는 공시이율이 아무리 낮아지더라도 최저보증이율로 적립한 계약자적립액은 보장받을 수 있습니다.

**< 사업방법서 >**

회사가 보험사업의 허가를 신청할 때 첨부해야 하는 기초서류의 하나로서, 피보험자의 범위, 보험금액 및 보험기간에 대한 제한 등이 기재된 서류를 말합니다. 각 상품별 사업방법서 별지는 당사 인터넷 홈페이지의 상품공시실에서 확인하실 수 있습니다.

**< 운용자산이익률 >**

사업방법서 '공시이율에 관한 사항'에 따라 운용자산수익률에서 투자지출률을 차감하여 산출합니다.

**< 외부지표금리 >**
사업방법서 '공시이율에 관한 사항'에 따라 국고채 수익률, 회사채 수익률, 통화안정증권 수익률 및 양도성예금증서 유통수익률을 고려하여 산출합니다.

**제17조 (만기환급금의 지급)**

**< 1종(표준형(간편건강고지)) >**

① 회사는 보험기간이 끝난 때에 만기환급금을 보험수익자에게 지급합니다.
이 때 만기환급금은 적립순보험료에 대하여 보험료 납입일부터 제16조(공시이율의 적용 및 공시)에 정한 공시이율로 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산합니다.

② 제3조의2(보험료 납입면제) 제2항에 따라 적립보험료 납입을 중지하는 경우에는 제1항의 만기환급금은 납입중지 이전까지 계약자가 실제 납입한 적립보험료를 기준으로 계산합니다.

③ 제1항의 만기환급금은 보험료의 자동대출납입에 따라 납입된 보험료와 이자, 보험계약대출에 따른 보험계약대출금과 이자가 있는 경우 이를 차감한 금액을 지급합니다.

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

⑤ 회사는 제1항에 의한 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 만기환급금을 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [부표1] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

**【 유의사항 】**

**< 만기환급금 계산에 관한 사항 >**
보험기간 중 지급된 중도인출금이 있는 경우에는 중도인출 시점부터 만기시까지 해당 금액을 공시이율로 적립하였을 금액을 차감하여 계산한 금액을 만기환급금으로 합니다.

**< 2종(해약환급금 미지급형(간편건강고지)) >**
이 계약은 순수보장형 상품으로 만기환급금이 없습니다.

**【 유의사항 】**

**< 2종(해약환급금 미지급형(간편건강고지))에 관한 사항 >**
2종(해약환급금 미지급형(간편건강고지))은 적립보험료를 납입하지 않는 순수보장형 상품으로, 만기환급금이 없는 상품입니다.

**제18조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

**< 1종(표준형(간편건강고지)) >**

① 이 계약에서 보장하지 않는 사유로 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 피보험자에 대한 이 계약의 사망당시 보장부분 계약자적립액 및 미경과보험료와 적립부분 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항의 보장부분 계약자적립액 및 미경과보험료와 적립부분 계약자적립액 및 미경과보험료는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 금액을 말합니다.

③ 제34조(계약의 소멸) 및 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 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로

합니다.

**< 2종(해약환급금 미지급형(간편건강고지)) >**

① 이 계약에서 보장하지 않는 사유로 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 회사가 적립한 이 계약의 사망당시 보장부분 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항의 보장부분 계약자적립액 및 미경과보험료는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 금액을 말합니다.

③ 제34조(계약의 소멸) 및 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 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**【 용어해설 】**

**< 계약자적립액 및 미경과보험료 >**

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

**- 미경과보험료 :** 계약자가 납입한 보험료 중 차회 보험료 납입시기까지 남아있는 기간에 해당하는 보험료를 말합니다. 단, 일시납 또는 월납으로 보험료를 납입하는 경우는 미경과보험료를 적립하지 않습니다.

**제19조 (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.

**제20조 (주소변경통지)**

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

② 제1항에도 불구하고 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달한 것으로 봅니다.
다만, 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 사항에 한합니다.

**제21조 (보험수익자의 지정)**

보험수익자를 지정하지 않은 때의 보험수익자는 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인으로 하며, 이외의 보험금은 피보험자로 합니다.

**【 용어해설 】**

**< 법정상속인 >**

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

**제22조 (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 행위

는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 연대하여 그 책임을 집니다.

**【 예시안내 】**

**< 계약자가 2명 이상인 경우 >**
계약자가 2명 이상인 경우 계약전 알릴의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.
· 연대 : 2인 이상이 연대하여 책임을 지므로 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

## 제3관 계약자의 계약전 알릴 의무 등

**제23조 (계약전 알릴 의무)**
계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 '계약전 알릴 의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다) 합니다.
다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

**【 관련법규 】**

**< 상법에 따른 "고지의무" >**
※ 상법 제651조(고지위반으로 인한 계약 해지)
보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니합니다.

※ 상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)
보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정합니다.

**제24조 (상해보험 계약 후 알릴 의무)**
① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.
1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
다. 현재의 직업을 그만둔 경우

**【 용어해설 】**

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

< 직무 >
직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근 용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제32조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

**【 예시안내 】**

**< 위험변경에 따른 계약변경 절차 >**

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

③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 '정산금액'이라 합니다)을 환급하여 드립니다.
한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

**【 유의사항 】**

2종(해약환급금 미지급형(간편건강고지))의 경우에도 '위험이 감소 또는 증가'된 경우 '보험료의 감액 또는 증액' 및 '정산금액의 환급 또는 추가납입'이 발생할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 '변경전 요율'이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 '변경후 요율'이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다.

다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

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

**【 예시안내 】**

**< 상해보험 계약 후 알릴 의무 조항에 따른 보험금 삭감 예시 >**

계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았거나, 회사가 청구한 추가보험료를 계약자가 납입하지 않았을 경우

[보험금 : 120, 변경전 요율 : 50, 변경후 요율 : 60]

- **삭감후 보험금 = 100** = 보험금(120) × $\frac{\text{변경전 요율(50)}}{\text{변경후 요율(60)}}$

**제25조 (알릴 의무 위반의 효과)**

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

1. 계약자 또는 피보험자가 제23조(계약전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우
2. 계약자 또는 피보험자가 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제24조(상해보험 계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약후 알릴 의무를 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 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. 계약체결일(갱신형 계약의 경우 최초 계약해당일을 말합니다)부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때.
   다만, 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때.
   다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

**【 용어해설 】**

**< 해지 >**

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

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제44조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 보험금 지급사유가 발생한 후에 제1항 제1호에 따른 계약의 해지가 이루어진 경우 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 '반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다' 라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 보험금 지급사유가 발생한 후에 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 이루어진 경우에는 제24조(상해보험 계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

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

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

⑧ 제1항에 따라 보장을 제한하는 경우에는 계약자의 동의가 필요합니다.

**【 유의사항 】**

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

### 제26조 (사기에 의한 계약)

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

## 제4관 계약의 성립과 유지

### 제27조 (계약의 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 거절하는 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율 + 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

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

**【 유의사항 】**

추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑥ 제5항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제39조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

**【 용어해설 】**

**< 보험료 >**

**< 1종(표준형(간편건강고지)) >**

보험료는 계약자가 계약에 의거하여 회사에게 지급하여야 하는 요금을 말하며, 보험료는 ‘보장보험료’와 ‘적립보험료’로 구성되어 있습니다.

또한, 보험료는 보험금 지급을 위한 보장순보험료, 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 적립순보험료, 회사의 사업경비를 위한 부가보험료 및 보험금 지급 조사를 위한 손해조사비로 구성됩니다.

보험료 = 보장보험료 + 적립보험료

보장보험료 = 보장순보험료 + 부가보험료 + 손해조사비

적립보험료 = 적립순보험료 + 부가보험료

**< 2종(해약환급금 미지급형(간편건강고지)) >**

보험료는 계약자가 계약에 의거하여 회사에게 지급하여야 하는 요금을 말하며, 보험료는 ‘보장보험료’로 구성되어 있습니다.

또한, 보험료는 보험금 지급을 위한 보장순보험료, 회사의 사업경비를 위한 부가보험료 및 보험금 지급 조사를 위한 손해조사비로 구성됩니다.

보험료 = 보장보험료

보장보험료 = 보장순보험료 + 부가보험료 + 손해조사비

**제28조 (피보험자의 범위)**

이 계약에서 피보험자라 함은 보험증권에 기재된 피보험자 본인을 말합니다.

**제29조 (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.

**【 용어해설 】**

**< 전문금융소비자 >**

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

**< 일반금융소비자 >**

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약을 한 날부터 30일(다만, 만65세이상의 계약자가 전화를 통해 체결한 계약은 45일)을 초과한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

**【 관련법규 】**

※ 금융소비자보호에 관한 법률 제46조(청약의 철회)에서 정한 청약철회 가능 기간

: 일반금융소비자가 상법 제640조에 따른 보험증권을 받은 날부터 15일과 청약을 한 날부터 30일 중 먼저 도래하는 기간

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

려야 합니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

⑤ 제1항의 보험증권을 받은 날에 대하여 다툼이 발생한 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

⑥ 회사는 청약의 철회에 따른 손해배상 또는 위약금 등 금전의 지급을 계약자에게 청구할 수 없습니다.

⑦ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

다만, 계약자가 보험금의 지급사유가 발생한 사실을 알면서 해당 계약의 청약을 철회한 경우에는 청약철회의 효력이 발생합니다.

### 제30조 (약관교부 및 설명의무 등)

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

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

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

1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료 납입, 보험기간, 계약전 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.

【 용어해설 】

**< 통신판매계약 >**

전화・우편・인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 계약자는 다음 각 호의 경우에 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

1. 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않은 경우
2. 계약자가 청약할 때 회사가 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우
3. 계약자가 계약을 체결할 때까지 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 경우

【 용어해설 】

**< 약관의 중요한 내용 >**

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

・보통약관 및 특약별로 보장하는 사망, 질병, 상해 등 주요 위험 및 보험금
・위험보장사항 및 각각의 보험료 및 보험료 납입기간
・청약의 철회에 관한 사항(기한・행사방법・효과 등)
・지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
・고지의무 및 통지의무 위반의 효과

· 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
· 해약환급금에 관한 사항(납부한 보험료보다 적거나 없을 수 있다는 사실 포함)
· 민원처리 및 분쟁조정절차에 관한 사항
· 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
· 저축성 보험계약의 공시이율
· 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
· 해약환급금이 지급되지 않는 해약환급금 미지급형 상품의 경우 해지시 해약환급금이 지급되지 않는다는 사실 및 동일한 보장내용으로 해약환급금을 지급하는 상품에 관한 사항
· 저축성보험 계약의 경우 납입보험료 중 사업비 등이 차감된 일부 금액만 특별계정에 투입되어 운용되거나 적용이율로 부리된다는 내용
· 연계·제휴서비스등의 내용 및 이행책임에 관한 사항
· 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

**< 자필서명 >**

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

※ 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명
: 다음 각 목의 사항을 나타내는데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
가. 서명자의 신원
나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 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 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

**제31조 (계약의 무효)**

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 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.

【 용어해설 】

**< 심신상실자 >**

심신상실자(心神喪失者)라 함은 의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다. 민법에서는 법원의 선고에 의해 금치산자가 되며, 금치산자의 법률행위는 취소할 수 있습니다.

**< 심신박약자 >**

심신박약자(心神薄弱者)라 함은 심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다. 민법에서는 법원의 선고에 의해 한정치산자가 됩니다. 이 경우 한정치산자의 법률행위에는 법정대리인의 동의가 필요하며, 동의를 얻지 않고 행한 법률 행위는 취소할 수 있습니다.

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

**제32조 (계약내용의 변경 등)**

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다.
이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
다만, 2종(해약환급금 미지급형(간편건강고지)) 계약의 경우 보험종목, 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경, 보험가입금액의 증액 및 보장의 추가는 신청할 수 없습니다.

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

② 계약자는 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다.
다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서 계약자는 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【 유의사항 】

**< 계약자의 보험수익자 변경 통지 >**

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

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

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제44조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

【 유의사항 】

**< 보험가입금액 등의 감액시 환급금 >**

보험가입금액, 보험료 등의 감액시 환급금이 없거나 최초가입시 안내한 만기해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

**제33조 (보험나이 등)**

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
다만, 제31조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
다만, 계약해당일이 없을 경우에는 해당월의 말일을 계약해당일로 합니다.

③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

**【 예시안내 】**

**< 보험나이 계산 >**

생년월일 : 1994년 3월 3일, 현재(계약일) : 2023년 10월 13일
⇒ 2023년 10월 13일 - 1994년 3월 3일 = 29년 7개월 10일 = 30세

※피보험자의 주민등록상 생년월일 및 성별을 기준으로 합니다.

**< 계약해당일 >**

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다.
계약일: 2023년 10월 13일 ⇒ 계약해당일: 매년 10월 13일
단, 계약해당일 2월 29일이 없을 경우에는 2월 28일을 계약해당일로 합니다.

**< 나이 또는 성별의 정정 기준 >**

청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 따라 계약이 체결되었으나, 신분증에 기재된 사실내용과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정합니다.

**제34조 (계약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

## 제5관 보험료의 납입

**제35조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)**

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

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

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

**【 용어해설 】**

**< 보장개시일 >**

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

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

1. 제23조(계약전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제25조(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.

⑤ 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 제4조(암 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 >

### 제36조 (제2회 이후 보험료의 납입)

① 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.

【 용어해설 】

**< 납입기일 >**
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

② 계약자는 보험료의 전부 또는 일부를 미리 낼 수 있으며, 이 경우 적립보험료는 보험료 납입일부터 제16조(공시이율의 적용 및 공시)에 정한 공시이율로 적립하여 드리고, 3개월 이상의 보험료를 미리 낼 때에는 보장보험료에 한하여 평균공시이율로 할인하여 드립니다.

③ 제2항의 경우 계약이 보험기간 중에 소멸 또는 변경되거나 보험료 납입이 면제되었을 경우에 선납보험료가 있으면 선납보험료를 받은 기간에 대하여 보장보험료는 평균공시이율로, 적립보험료는 제16조(공시이율의 적용 및 공시)에 정한 공시이율로 계산한 금액을 선납보험료에 더하여 계약자에게 돌려 드립니다.

### 제37조 (보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제38조(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 제45조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려 드립니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 다음 제1호의 금액이 제2호의 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
1. 제1항의 규정에 의한 대출금과 이자를 더한 금액
   다만, 이자는 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 보험계약대출이율로 계산합니다.
2. 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액

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

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제44조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 지급합니다.

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

**제38조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)**

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자에게 다음 각 호의 내용을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

1. 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
3. 계약자가 회사로부터 보험계약대출을 받은 경우 계약이 해지되는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용

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

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

④ 보험료 납입이 연체중이라도 계약의 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하며, 계약의 해지 전에 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 회사는 계약을 해지하지 않고 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

⑤ 회사가 제1항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.

회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

⑥ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제44조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

**【 용어해설 】**

**< 납입최고(독촉) >**

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

**제39조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

① 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제23조(계약전 알릴 의무), 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 제26조(사기에 의한 계약), 제27조(계약의 성립) 및 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제40조 (강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))**

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 제32조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로

변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 지정된 보험수익자에게 해지된 날부터 7일 이내에 통지합니다.

② 제1항에 의하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약하고자 하는 해지 당시의 보험수익자는 계약자의 동의를 얻고, 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하여야 합니다.

③ 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 이행할 수 있습니다.

⑤ 회사는 제1항 및 제2항에 의한 보험수익자의 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

**【 용어해설 】**

**< 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 가산금 징수, 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

### 제41조 (계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제44조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제31조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래에 한하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제44조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

### 제41조의2 (위법계약의 해지)

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

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통

지하여야 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 제44조(해약환급금) 제5항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

**【 용어해설 】**

**<위법계약>**

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

**제42조 (중대사유로 인한 해지)**

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

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우.

다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

**【 유의사항 】**

**< 이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급 >**

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 변조하여 보험금을 청구한 경우 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

다만, 이 경우에도 회사는 이미 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제44조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 지급합니다.

**제43조 (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 제44조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

**제44조 (해약환급금)**

**< 1종(표준형(간편건강고지)) >**

① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산합니다.

② 제1항의 해약환급금은 보험료의 자동대출납입에 따라 납입된 보험료와 이자, 보험계약대출에 따른 보험계약대출원금과 이자가 있는 경우 이를 차감한 금액을 지급합니다.

【 유의사항 】

**< 해약환급금 계산에 관한 사항 >**

계약이 해지되기 전 지급된 중도인출금이 있는 경우에는 중도인출 시점부터 해지할 때까지 해당 금액을 공시이율로 적립하였을 금액을 차감하여 계산한 금액을 해약환급금으로 합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [부표1] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

⑤ 제41조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

**< 2종(해약환급금 미지급형(간편건강고지)) >**

① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산하며, 보험료 납입기간 중 이 계약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

【 유의사항 】

**< 2종(해약환급금 미지급형(간편건강고지)) 해약환급금에 관한 사항 >**

2종(해약환급금 미지급형(간편건강고지))은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 상품입니다.

1. 보험료 납입기간 이내에 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않습니다.
2. 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 동일한 가입 기준의 1종(표준형(간편건강고지)) 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

2종(해약환급금 미지급형(간편건강고지))의 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 1종(표준형(간편건강고지))의 해약환급금은 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

회사는 2종(해약환급금 미지급형((간편건강고지)) 계약을 체결 할 때 1종(표준형(간편건강고지))의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교 · 안내하여 드립니다.

② 제1항의 해약환급금은 보험료의 자동대출납입에 따라 납입된 보험료와 이자, 보험계약대출에 따른 보험계약대출원금과 이자가 있는 경우 이를 차감한 금액을 지급합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [부표1] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

⑤ 제41조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 2종(해약환급금 미지급형(간편건강고지)) 중 갱신형 특약 및 아래의 보장 특약은 계약이 해지되는 경우 '보험료 및 해약환급금 산출방법서' 에 따라 계산한 금액을 해약환급금으로 지급합니다.

| 구 분 | 보장 특약 |
|---|---|
| 상해 | 화상수술(간편건강고지)<br>특정외상성장기손상진단(간편건강고지) |
| 질병 | 대상포진눈병진단(간편건강고지)<br>중증갑상선암진단(간편건강고지)<br>추간판장애수술(간편건강고지)<br>보험료납입지원(유사암진단(양성뇌종양포함))(간편건강고지) |

### 제45조 (보험계약대출)

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 보험계약대출을 받을 수 있습니다.
그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출원금과 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 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

### 제46조 (배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

## 제7관 분쟁의 조정 등

### 제47조 (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 포함합니다)을 요구할 수 있습니다.

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

### 제48조 (관할법원)

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

### 제49조 (소멸시효)

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

**【 유의사항 】**

**< 소멸시효의 완성 >**

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

### 제50조 (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.

**제51조 (설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)**

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

**【 용어해설 】**

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

**제52조 (회사의 손해배상책임)**

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

**【 용어해설 】**

**< 현저하게 공정을 잃은 합의 >**
사회통념상 일반 보통인이라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

**제53조 (개인정보보호)**

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

**제54조 (준거법)**

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

**제55조 (예금보험에 의한 지급보장)**

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

【 용어해설 】

**< 예금자보호제도 >**

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

[부표1]

## 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

| 구 분 | | 적립기간 | 적립이율 |
|---|---|---|---|
| 승낙거절로 제1회보험료 반환 | | 보험료를 받은 기간 | 평균공시이율 + 1% (단, 신용카드 매출은 이자 없음) |
| 청약 철회로 기납입보험료 반환 | | 반환기일[주] 다음날부터 반환일까지의 기간 | 보험계약대출이율 (단, 신용카드 매출은 이자 없음) |
| 계약 무효로 기납입 보험료 반환 | 회사의 고의/과실로 계약무효 또는 회사가 승낙 전에 무효를 알았으나 보험료를 반환하지 않은 경우 | 보험료 납입 다음날부터 반환일까지의 기간 | 보험계약 대출이율 |

| 구 분 | | 적립기간 | 적립이율 | |
|---|---|---|---|---|
| 보통약관 및 특별약관 보장 보험금 | 지급기일[주] 이내에 보험금을 지급하지 않은 경우 | 지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간 | 보험계약 대출이율 | |
| | | 지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간 | 보험계약 대출이율 + 가산이율[주](4.0%) | |
| | | 지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간 | 보험계약 대출이율+ 가산이율(6.0%) | |
| | | 지급기일의 91일이후 기간 | 보험계약 대출이율+ 가산이율(8.0%) | |
| 만기 환급금 (1종에 한함) | 회사가 환급금의 지급시기 7일 이전에 지급사유와 지급금액을 알린 경우 | 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간 | 1년 이내 | 공시이율의 50% |
| | | | 1년 초과 | 공시이율의 40% |
| | 회사가 환급금의 지급시기 7일 이전에 지급사유와 지급금액을 알리지 않은 경우 | | 공시이율 | |

| 구 분 | 적립기간 | 적립이율 | |
|---|---|---|---|
| 만기<br>환급금<br>(1종에 한함) | 환급금을 청구한 날의<br>다음날부터<br>지급일까지의 기간 | 보험계약대출이율 | |
| 해약환급금<br>(1종) | 지급사유가 발생한 날의<br>다음날부터 환급금<br>청구일까지의 기간 | 1년<br>이내 | 공시이율의<br>50% |
| | | 1년<br>초과 | 공시이율의<br>40% |
| | 환급금을 청구한 날의<br>다음날부터<br>지급일까지의 기간 | 보험계약<br>대출이율 | |
| 해약환급금<br>(2종) | 지급사유가 발생한 날의<br>다음날부터 환급금<br>청구일까지의 기간 | 1년<br>이내 | 평균공시이<br>율의 50% |
| | | 1년<br>초과 | 평균공시이<br>율의 40% |
| | 환급금을 청구한 날의<br>다음날부터<br>지급일까지의 기간 | 보험계약<br>대출이율 | |

※ 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 금리연동형보험은 일자 계산합니다.

※ 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.

※ 보험금의 지연이자에 대해서는 기타소득세가 공제됩니다.

(주) 1. 반환기일 : 청약 철회 접수날부터 3영업일

2. 지급기일
- 신체손해/비용손해 보험금 : 보험금 청구서류 접수일부터 3영업일
- 배상책임손해 보험금 : 지급보험금 결정일부터 7일

3. 가산이율
- (무)간편한3.10.10건강보험(세만기형)(Hi2406) 보통약관 제14조(보험금 등의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당
현대해상간편한3.10.10건강보험
(세만기형)
(Hi2406)

**1종(표준형(간편건강고지))**
**2종(해약환급금 미지급형(간편건강고지))**

현대해상

## 특별약관

해당 특별약관에서 '보통약관'이라 함은
무배당
현대해상간편한3.10.10건강보험(세만기형)
(Hi2406) 보통약관을 말합니다.

# 1. 상해관련 특별약관

## 1-1 상해사망(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 사망보험금 | 상해로 사망한 경우 | 보험가입금액 |

**제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

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

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

**【 용어해설 】**

**< 실종선고 >**

어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람 또는 검사의 청구에 의해 사망한 것으로 보는 법원의 결정으로 민법 제27조(실종의 선고)를 따릅니다.

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

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

**제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제4조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제5조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

이 특약에서 보장하지 않는 사유로 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

**제6조 (특약의 자동갱신)**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >
갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세
⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.
⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제7조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.
② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제8조 (준용규정)**
이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-2 상해후유장해(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 장해분류표([별표1] '장해분류표' 참조)에서 정한 장해지급률이 3% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 후유장해 보험금 | 상해로 장해지급률이 3%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우 | 장해분류표에서 정한 지급률을 이 특약의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액 |

**제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**
① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
다만, 장해분류표[별표1]에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

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

③ 장해분류표[별표1]에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표[별표1]의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

다만, 장해분류표[별표1]의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다.

다만, 장해분류표[별표1]의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정하고, 이 전에 발생한 후유장해에 대한 후유장해지급률을 더하지 않습니다.

그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.

다만, 장해분류표[별표1]의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다음 각 호의 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.

1. 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았을 경우(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다)
2. 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우

【 예시안내 】

**< 장해지급률의 계산 예시 >**

보험가입 전 한 팔의 뼈에 기형(지급률 5%)이 있는 피보험자가 보험가입 후 한 팔의 손목 이상을 잃었을 경우(지급률 60%) 장해지급률 계산

- **장해지급률 = 55%**(보험가입 후 발생한 장해(60%)-보험가입 전 장해지급률(5%))

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

**제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제4조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제5조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제4조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에

사망한 것으로 봅니다.

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

**제6조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-3 상해후유장해(50%이상)(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 장해분류표([별표1] '장해분류표' 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 중증후유장해 보험금 | 상해로 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

**제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
다만, 장해분류표[별표1]에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내

③ 장해분류표[별표1]에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표[별표1]의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
다만, 장해분류표[별표1]의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다.
다만, 장해분류표[별표1]의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정하고, 이 전에 발생한 후유장해에 대한 후유장해지급률을 더하지 않습니다.
그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.
다만, 장해분류표[별표1]의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다음 각 호의 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금

이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.

1. 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았을 경우(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다)
2. 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우

【 예시안내 】

**< 장해지급률의 계산 예시 >**

보험가입 전 한 팔의 뼈에 기형(지급률 5%)이 있는 피보험자가 보험가입 후 한 팔의 손목 이상을 잃었을 경우(지급률 60%) 장해지급률 계산

- **장해지급률 = 55%**(보험가입 후 발생한 장해(60%)-보험가입 전 장해지급률(5%))

**제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제4조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증후유장해보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제5조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제4조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제6조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-4 상해후유장해(50%이상,월지급형)(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 장해분류표([별표1] '장해분류표' 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 최초 1회에 한하여 월 지급액을 보험금 지급기간 동안 매월 지급사유 발생해당일(지급사유 발생일 포함)에 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

다만, 지급사유 발생해당일이 없을 경우에는 해당월의 말일을 지급사유 발생해당일로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급방법 | 1회 지급액 |
|---|---|---|---|
| 중증후유장해 보험금 | 상해로 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우 | 보험금 지급기간 동안 월지급액을 매월 확정지급 | 월지급액 |

② 이 특약에서 월지급액이라 함은 보험사고 발생시 보험금 지급기간 동안 보험회사가 매월 확정 지급하여야 할 금액으로 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

③ 이 특약에서 보험금 지급기간이라 함은 계약체결시 계약자가 선택한 월지급액의 지급기간으로 보험증권에 기재된 기간을 말합니다.

**제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
다만, 장해분류표[별표1]에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내

③ 장해분류표[별표1]에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표[별표1]의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
다만, 장해분류표[별표1]의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다.
다만, 장해분류표[별표1]의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정하고, 이 전에 발생한 후유장해에 대한 후유장해지급률을 더하지 않습니다.
그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.
다만, 장해분류표[별표1]의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다음 각 호의 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.
1. 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았을 경우(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다)
2. 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우

【 예시안내 】

**< 장해지급률의 계산 예시 >**

보험가입 전 한 팔의 뼈에 기형(지급률 5%)이 있는 피보험자가 보험가입 후 한 팔의 손목 이상을 잃었을 경우(지급률 60%) 장해지급률 계산

• **장해지급률 = 55%**(보험가입 후 발생한 장해(60%)-보험가입 전 장해지급률(5%))

⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 중증후유장해보험금은 보험수익자의 요청에 의하여 평균공시이율로 할인된 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

**제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제4조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증후유장해보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제5조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제4조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제6조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-5 상해후유장해(80%이상)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 장해분류표([별표1] '장해분류표' 참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 고도후유장해 보험금 | 상해로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

**제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
다만, 장해분류표(별표1)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에

악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내

③ 장해분류표(별표1)에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표1)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
다만, 장해분류표(별표1)의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다.
다만, 장해분류표(별표1)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정하고, 이 전에 발생한 후유장해에 대한 후유장해지급률을 더하지 않습니다.
그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.
다만, 장해분류표(별표1)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다음 각 호의 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.
1. 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았을 경우(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다)
2. 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우

【 예시안내 】

**< 장해지급률의 계산 예시 >**
보험가입 전 한 팔의 뼈에 기형(지급률 5%)이 있는 피보험자가 보험가입 후 한 팔의 손목 이상을 잃었을 경우(지급률 60%) 장해지급률 계산
- **장해지급률 = 55%**(보험가입 후 발생한 장해(60%)-보험가입 전 장해지급률(5%))

**제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**
이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제4조 (특약의 소멸)**
피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 고도후유장해보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제5조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**
① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제4조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로

합니다.

**제6조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-6 상해후유장해(80%이상,월지급형)(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 장해분류표([별표1] '장해분류표' 참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 최초 1회에 한하여 월지급액을 보험금 지급기간 동안 매월 지급사유 발생해당일(지급사유 발생일 포함)에 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)
다만, 지급사유 발생해당일이 없을 경우에는 해당월의 말일을 지급사유 발생해당일로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급방법 | 1회 지급액 |
|---|---|---|---|
| 고도후유장해 보험금 | 상해로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우 | 보험금 지급기간 동안 월지급액을 매월 확정지급 | 월지급액 |

② 이 특약에서 월지급액이라 함은 보험사고 발생시 보험금 지급기간 동안 보험회사가 매월 확정 지급하여야 할 금액으로 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

③ 이 특약에서 보험금 지급기간이라 함은 계약체결시 계약자가 선택한 월지급액의 지급기간으로 보험증권에 기재된 기간을 말합니다.

**제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
다만, 장해분류표[별표1]에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내

③ 장해분류표[별표1]에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표[별표1]의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
다만, 장해분류표[별표1]의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다.
다만, 장해분류표[별표1]의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정하고, 이 전에 발생한 후유장해에 대한 후유장해지급률을 더하지 않습니다.

그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.
다만, 장해분류표[별표1]의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다음 각 호의 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.

1. 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았을 경우(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다)
2. 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우

【 예시안내 】

**< 장해지급률의 계산 예시 >**

보험가입 전 한 팔의 뼈에 기형(지급률 5%)이 있는 피보험자가 보험가입 후 한 팔의 손목 이상을 잃었을 경우(지급률 60%) 장해지급률 계산

• **장해지급률 = 55%**(보험가입 후 발생한 장해(60%)-보험가입 전 장해지급률(5%))

⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 고도후유장해보험금은 보험수익자의 요청에 의하여 평균공시이율로 할인된 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

**제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제4조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 고도후유장해보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제5조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제4조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제6조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-7 골절진단(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 '골절'로 진단확정된 경우에는 1사고당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 골절진단 보험금 | '골절'로 진단확정된 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

**제2조 (골절 등의 정의)**

이 특약에서 '골절'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] '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.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

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

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-8 골절진단(치아파절제외)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 '골절'('치아파절' 제외)로 진단확정된 경우에는 1사고당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 골절진단 보험금 | '골절'('치아파절' 제외)로 진단확정된 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

**제2조 (골절 등의 정의)**

① 이 특약에서 '골절'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] '골절 분류표'에 해당하는 상병을 말합니다.

② 이 특약에서 '치아파절'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에

있어서 치아의 파절 및 파절치(분류번호 S02.5)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.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

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

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-9 골절(치아파절제외)부목치료(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 '골절'('치아파절' 제외)로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 부목치료를 받은 경우에는 1사고당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 골절부목치료 보험금 | '골절'('치아파절' 제외)로 부목치료를 받은 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

**제2조 (골절 등의 정의)**

① 이 특약에서 '골절'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] '골절 분류표'에 해당하는 상병을 말합니다.

② 이 특약에서 '치아파절'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 치아의 파절 및 파절치(분류번호 S02.5)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.

**제3조 (부목치료의 정의)**

이 특약에서 '부목치료'라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 '부목(Splint)치료'가 필요하다고 인정된 경우로서, 골절(치아파절 제외) 환자의 근골격계 손상 부위의 움직임을 방지하기 위하여 의사의 관리하에 근골격계 손상 부위의 일측면 또는 양측면을 부목(Splint)으로 고정하면서 지지하는 치료법을 말합니다.

단, 치료 보조 목적으로 사용되는 보조기(Sling, Brace 등)는 '부목(Splint)'에서 제외됩니다.

【 유의사항 】

'부목(Splint)치료'라 함은 '골절(치아파절 제외)'의 치료를 목적으로 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 해당하는 T6151~T6155의 진료행위가 발생한 경우를 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 동일한 상해를 직접적인 원인으로 골절상태가 발생하여 부목치료를 2회 이상 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 부목치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 골절부목치료보험금을 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.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-10 5대골절진단(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 '5대골절'로 진단확정된 경우에는 1사고당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별

약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 5대골절진단 보험금 | ‘5대골절’ 로 진단확정된 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

**제2조 (5대골절의 정의)**

이 특약에서 ‘5대골절’ 이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] ‘5대골절 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.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

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

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’ 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 ‘사망’ 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-11 화상진단(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 ‘화상’ 으로 진단확정된 경우에는 1사고당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’ 은 ‘특약’ , ‘이 특별약관의 보험기간’ 은 ‘보험기간’ 이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 화상진단 보험금 | ‘화상’ (심재성 2도이상)으로 진단확정된 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

**제2조 (화상의 정의)**

이 특약에서 '화상'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표4] '화상 분류표'에 해당하는 상병으로 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 동일한 상해를 직접적인 원인으로 두 가지 이상의 화상 상태인 경우에도 1회에 한하여 화상진단보험금을 지급합니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-12 특정외상성뇌출혈진단(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 '특정외상성뇌출혈'로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 특정외상성뇌출혈 진단보험금 | '특정외상성뇌출혈'로 진단 확정된 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

**제2조 (특정외상성뇌출혈의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '특정외상성뇌출혈'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표5] '특정외상성뇌출혈 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다

② '특정외상성뇌출혈'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자 방출단층술(PET), 단일광자방출전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수

없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정외상성뇌출혈진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-13 특정외상성뇌손상진단(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 '특정외상성뇌손상'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 특정외상성뇌손상 진단보험금 | '특정외상성뇌손상'으로 진단 확정된 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

**제2조 (특정외상성뇌손상의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '특정외상성뇌손상'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표6] '특정외상성뇌손상 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다

② '특정외상성뇌손상'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자 방출단층술(PET), 단일광자방출전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정외상성뇌손상진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-14 특정외상성장기손상진단(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 '특정외상성장기손상'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 특정외상성장기손상 진단보험금 | '특정외상성장기손상'으로 진단 확정된 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

**제2조 (특정외상성장기손상의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '특정외상성장기손상'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표7] '특정외상성장기손상 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다

② '특정외상성장기손상'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 이학적 검진과 함께 전산화단층촬영(CT scan), 자기공명영상(MRI), 초음파검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수

없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정외상성장기손상진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (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 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서 계약자는 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

**【 유의사항 】**

**< 계약자의 보험수익자 변경 통지 >**

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

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

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제8조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험

증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

【 유의사항 】

**< 보험가입금액 등의 감액시 환급금 >**

보험가입금액, 보험료 등의 감액시 환급금이 없거나 최초가입시 안내한 만기해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

**제8조 (해약환급금)**

① 이 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산합니다.

② 제1항의 해약환급금은 보험료의 자동대출납입에 따라 납입된 보험료와 이자, 보험계약대출에 따른 보험계약대출원금과 이자가 있는 경우 이를 차감한 금액을 지급합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보통약관 [부표1] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

⑤ 보통약관 제41조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-15 상해입원일당(1-180일)(간편건강고지)보장 특별약관 /상해입원일당(1-180일)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

다만, 상해입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 상해입원 급여금 | 상해로 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (180일 한도) |

**제2조 (입원의 정의와 장소)**

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

【 유의사항 】

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원,2021년 7월판) 기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

② 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 상해입원급여금을 계속 지급합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해입원급여금의 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 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간

이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

**< 예시 : 48세의 피보험자가 5년만기로 80세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 53세, 58세 ~ 73세, 78세

⇒ 78세 갱신시점에서는 80세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 5년보다 짧아 5년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-16 상해입원일당(1-180일,종합병원)(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로 종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)
다만, 종합병원 상해입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 종합병원 상해입원급여금 | 상해로 종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (180일 한도) |

**제2조 (종합병원의 정의)**

이 특약에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【 관련법규 】

< 의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건 >

- 100개 이상의 병상을 갖추어야 함
- 100병상 이상 300병상 이하인 경우 내과 · 외과 · 소아청소년과 · 산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 상기의 진료과목에 대해서는 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함

제3조 (입원의 정의와 장소)

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

【 유의사항 】

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원,2021년 7월판) 기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 종합병원 상해입원급여금의 지급일수 및 지급한도는 종합병원에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.
② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
③ 피보험자가 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 종합병원 상해입원급여금을 계속 지급합니다.
⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 종합병원 상해입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑥ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제2조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 상해입원급여금을 지급합니다.
⑦ 피보험자가 제2조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 상해입원급여금을 지급합니다.
⑧ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.
⑨ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(종합병원의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항, 제2항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 상해입원급여금을 지급합니다.
⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기

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

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-17 상해입원일당(1-180일,중환자실)(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)
다만, 상해중환자실입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 상해중환자실 입원급여금 | 상해로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (180일 한도) |

**제2조 (중환자실의 정의)**

이 특약에서 '중환자실'이라 함은 의료법 시행규칙의 별표 4에서 정한 중환자실([별표8] '의료기관의 시설규격' 참조)을 말합니다.

**【 관련법규 】**

**※ 의료법 시행규칙 [별표 4. 의료기관의 시설규격]에 따른 중환자실 요건**

- 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립 및 무정전시스템 갖추어야 함
- 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 함
- 병상 1개당 면적은 15㎡ 이상(신생아중환자실은 5㎡ 이상)
- 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기 등 구비
- 중환자실 1개 단위당 후두경, 앰부백(마스크포함), 심전도기록기 등 구비
- 전담의사를 둘 수 있음(신생아중환자실에는 전담전문의 필수)
- 전담간호사를 두어야 함

**제3조 (입원의 정의와 장소)**

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

**【 유의사항 】**

**< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >**

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원,2021년 7월판) 기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

② 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 상해중환자실입원급여금을 계속 지급합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해중환자실입원급여금의 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 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-18 상해수술입원일당(1-120일)(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인해 아래에 모두 해당되는 경우(이하 '수술입원'이라 합니다)로 입원하여 치료받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

1. 상해의 직접결과로써 입원하여 치료를 받은 경우
2. 상해의 직접결과로써 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
3. 제1호 및 제2호는 동일한 상해의 치료를 목적으로 합니다. 다만, 상해수술입원급여금의 지급일수는 1회 수술입원당 120일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 상해수술입원 급여금 | 상해로 수술입원하여 치료를 받은 경우 | 수술입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (120일 한도) |

**제2조 (입원의 정의와 장소)**

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

**【 유의사항 】**

**< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >**

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원,2021년 7월판) 기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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

④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査)

등)

7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【 용어해설 】

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

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

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

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 '수술'을 받은 이후 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 '수술입원'으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

② 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회 '수술입원'으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 '수술입원'하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 '수술입원'에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 상해수술입원급여금을 계속 지급합니다.

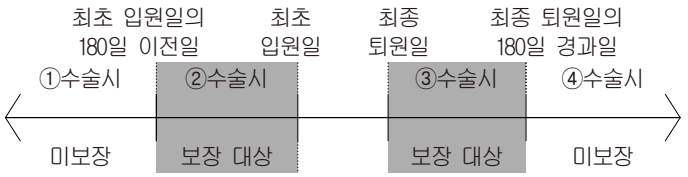
④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해수술입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ '수술'이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 아래의 기간에 동일한 상해의 치료를 목적으로 '수술'을 받은 경우 제1조(보험금의 지급사유)의 상해수술입원급여금을 제1항 내지 제4항에 따라 지급합니다.

1. '최초 입원일의 180일 이전일'로부터 '최초 입원일'
2. '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일

【 예시안내 】

< 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준 >




① '최초입원일의 180일 이전일' 전 수술시 미보장

② '최초 입원일의 180일 이전일'로부터 '최초 입원일'에 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해수술입원급여금을 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제4항에 따라 보장

③ '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일 이내 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해수술입원급여금을 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제4항에 따라 보장

④ '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일 후 수술시 미보장

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

판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

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

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

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-19 상해수술입원일당(1-10일)(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인해 아래에 모두 해당되는 경우(이하 '수술입원'이라 합니다)로 입원하여 치료받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

1. 상해의 직접결과로써 입원하여 치료를 받은 경우
2. 상해의 직접결과로써 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
3. 제1호 및 제2호는 동일한 상해의 치료를 목적으로 합니다. 다만, 상해수술입원급여금의 지급일수는 1회 수술입원당 10일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 상해수술입원 급여금 | 상해로 수술입원하여 치료를 받은 경우 | 수술입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (10일 한도) |

**제2조 (입원의 정의와 장소)**

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

**【 유의사항 】**

**< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >**

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원,2021년 7월판) 기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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

④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

**[신의료기술평가위원회]**

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

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

· 체외 충격파 쇄석술
· 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
· 절개 또는 배농술
· 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
· 전기소작술
· IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

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

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 '수술' 을 받은 이후 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 '수술입원' 으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

② 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회 '수술입원' 으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 '수술입원' 하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 '수술입원' 에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 상해수술입원급여금을 계속 지급합니다.

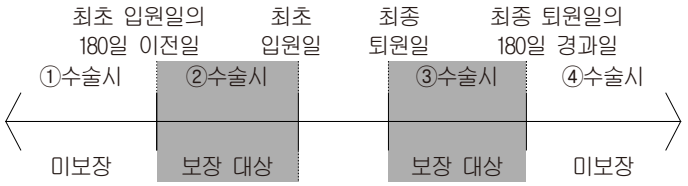
④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해수술입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ '수술' 이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 아래의 기간에 동일한 상해의 치료를 목적으로 '수술' 을 받은 경우 제1조(보험금의 지급사유)의 상해수술입원급여금을 제1항 내지 제4항에 따라 지급합니다.

1. '최초 입원일의 180일 이전일' 로부터 '최초 입원일'
2. '최종 입원의 퇴원일' 로부터 180일

【 예시안내 】

< 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준 >




① '최초입원일의 180일 이전일' 전 수술시 미보장

② '최초 입원일의 180일 이전일' 로부터 '최초 입원일' 에 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해수술입원급여금을 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제4항에 따라 보장

③ '최종 입원의 퇴원일' 로부터 180일 이내 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해수술입원급여금을 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제4항에 따라 보장

④ '최종 입원의 퇴원일' 로부터 180일 후 수술시 미보장

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

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

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

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발

생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산

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

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-20 상해수술입원일당(1-120일,종합병원)(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 인해 아래에 모두 해당되는 경우(이하 '종합병원수술입원'이라 합니다)로 입원하여 치료받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

1. 상해의 직접결과로써 종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우
2. 상해의 직접결과로써 종합병원에서 수술을 받은 경우
3. 제1호 및 제2호는 동일한 상해의 치료를 목적으로 합니다.

다만, 상해종합병원수술입원급여금의 지급일수는 1회 수술입원당 120일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 상해종합병원 수술 입원급여금 | 상해로 종합병원에서 수술입원하여 치료를 받은 경우 | 수술입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (120일 한도) |

**제2조 (종합병원의 정의)**

이 특약에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정

한 종합병원을 말합니다.

【 관련법규 】

**< 의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건 >**

- 100개 이상의 병상을 갖추어야 함
- 100병상 이상 300병상 이하인 경우 내과 · 외과 · 소아청소년과 · 산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 상기의 진료과목에 대해서는 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함

**제3조 (입원의 정의와 장소)**

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

【 유의사항 】

**< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >**

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제4조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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

④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)

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

**【 용어해설 】**

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

**【 예시안내 】**

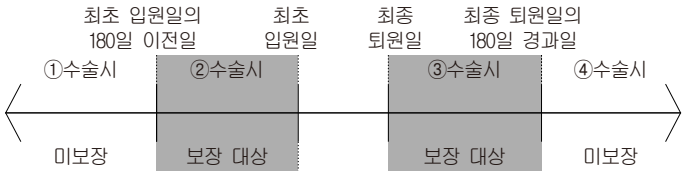
**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**
· 체외 충격파 쇄석술
· 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
· 절개 또는 배농술
· 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
· 전기소작술
· IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**
① 제1조(보험금의 지급사유)의 상해종합병원수술입원급여금의 지급일수 및 지급한도는 종합병원에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.
② 피보험자가 '수술' 이후 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 '종합병원수술입원'으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
③ 피보험자가 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
④ 피보험자가 보장개시일 이후 '종합병원수술입원'하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 '종합병원수술입원'에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 상해종합병원수술입원급여금을 계속 지급합니다.
⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해종합병원수술입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑥ 피보험자가 종합병원에서 수술 후 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상해종합병원수술입원급여금을 지급합니다.
⑦ 피보험자가 종합병원에서 수술 후 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상해종합병원수술입원급여금을 지급합니다.
⑧ 피보험자가 종합병원에서 수술 후 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.
⑨ 피보험자가 종합병원에서 수술 후 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(종합병원의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항, 제2항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상해종합병원수술입원급여금을 지급합니다.
⑩ '수술'이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 아래의 기간에 동일한 상해의 치료를 목적으로 '수술'을 받은 경우 제1조(보험금의 지급사유)의 상해종합병원수술입원급여금을 제1항 내지 제9항에 따라 지급합니다.
1. '최초 입원일의 180일 이전일'로부터 '최초 입원일'

2. ‘최종 입원의 퇴원일’로부터 180일이내

【 예시안내 】

< 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준 >




① ‘최초입원일의 180일 이전일’ 전 수술시 미보장

② ‘최초 입원일의 180일 이전일’로부터 ‘최초 입원일’에 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해종합병원수술입원급여금을 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제9항에 따라 보장

③ ‘최종 입원의 퇴원일’로부터 180일 이내 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해종합병원수술입원급여금을 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제9항에 따라 보장

④ ‘최종 입원의 퇴원일’로부터 180일 후 수술시 미보장

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

### 제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

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

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림) 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

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

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

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술

다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.

5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

### 제7조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에

사망한 것으로 봅니다.

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

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-21 상해수술입원일당(1-120일,상급종합병원)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 인해 아래에 모두 해당되는 경우(이하 '상급종합병원수술입원'이라 합니다)로 입원하여 치료받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

1. 상해의 직접결과로써 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우
2. 상해의 직접결과로써 상급종합병원에서 수술을 받은 경우
3. 제1호 및 제2호는 동일한 상해의 치료를 목적으로 합니다.

다만, 상해상급종합병원수술입원급여금의 지급일수는 1회 수술입원당 120일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 상해상급종합병원 수술입원급여금 | 상해로 상급종합병원에서 수술입원하여 치료를 받은 경우 | 수술입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (120일 한도) |

**제2조 (상급종합병원의 정의)**

이 특약에서 '상급종합병원'이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

**【 관련법규 】**

**< 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 요건 >**

- 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함
- 의료법 제77조(전문의) 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관이어야 함
- 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어야 함
- 질병군별 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하여야 함

**제3조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 '입원'이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의

료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 유의사항 】

**< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >**

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제4조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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

④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【 용어해설 】

**[신의료기술평가위원회]**

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

【 예시안내 】

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

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

**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)의 상해상급종합병원수술입원급여금의 지급

일수 및 지급한도는 상급종합병원에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 피보험자가 '수술' 이후 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 '상급종합병원수술입원'으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 피보험자가 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 '상급종합병원수술입원'하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 '상급종합병원수술입원'에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 상해상급종합병원수술입원급여금을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해상급종합병원수술입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 상급종합병원에서 수술 후 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상해상급종합병원수술입원급여금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 상급종합병원에서 수술 후 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상해상급종합병원수술입원급여금을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 상급종합병원에서 수술 후 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

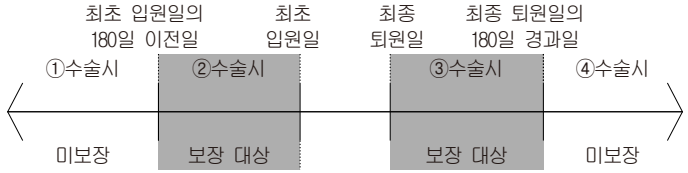
⑨ 피보험자가 상급종합병원에서 수술 후 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항, 제2항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상해상급종합병원수술입원급여금을 지급합니다.

⑩ '수술'이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 아래의 기간에 동일한 상해의 치료를 목적으로 '수술'을 받은 경우 제1조(보험금의 지급사유)의 상해상급종합병원수술입원급여금을 제1항 내지 제9항에 따라 지급합니다.

1. '최초 입원일의 180일 이전일'로부터 '최초 입원일'
2. '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일이내

【 예시안내 】

**< 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준 >**




① '최초입원일의 180일 이전일' 전 수술시 미보장

② '최초 입원일의 180일 이전일'로부터 '최초 입원일'에 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해상급종합병원수술입원급여금을 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제9항에 따라 보장

③ '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일 이내 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해상급종합병원수술입원급여금을 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제9항에 따라 보장

④ '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일 후 수술시 미보장

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

## 제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

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

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림) 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

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

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

   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술

   다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

**제7조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-22 간병인사용상해입원일당Ⅷ(1-180일)(간편건강고지) / 간병인사용상해입원일당Ⅷ(1-180일)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로 병원(요양병원 제외)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 상해입원간병인사용급여금(요양병원 및 의원 제외)을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

다만, 상해입원간병인사용급여금(요양병원 및 의원 제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급기준※(사용금액) | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 상해입원 간병인사용 급여금(요양병원 및 의원 제외) | 상해로 병원(요양병원 제외)에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우 | 8만원 미만 | 간병인 사용 1일당 이 보장 보험가입금액의 50% |
| | | 8만원 이상 | 간병인 사용 1일당 이 보장 보험가입금액의 100% |

※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.

※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병 사용 시작일자와 간병 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에는 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

**【 예시안내 】**

**< 간병인 사용일수에 따른 지급금액 계산 >**

· 보험계약일(보장개시일): 2024년 4월 1일, 보험가입금액 : 4만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일(입원일수 30일)
- 간병인 사용일 및 사용금액

사용1. 2025년 4월 10일 ~ 17일 : 총 사용일수 8일, 사용금액 88만원
☞ (1일당 평균 8만원 이상에 해당) → 4만원 X 8일 = 32만원 지급

사용2. 2025년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일
:총 사용일수 8일, 사용금액 52만원
☞ (1일당 평균 8만원 미만에 해당) → 2만원 X 8일 = 16만원 지급

· 총 간병인사용상해입원일당 지급금액
: 간병인 사용일수 16일
보험금 32만원 + 16만원 = 48만원 지급

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로 요양병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 상해입원간병인사용급여금(요양병원 및 의원)을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.
다만, 상해입원간병인사용급여금(요양병원 및 의원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 상해입원간병인사용급여금(요양병원 및 의원) | 상해로 요양병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우 | 간병인 사용 1일당 이 보장 보험가입금액 |

③ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로 병원(요양병원 제외)에 입원하고, 제5조(간호·간병통합서비스 등의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용하여 일반병동 또는 재활병동에서 치료를 받은 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래 각호의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.
다만, 상해입원간호·간병통합서비스(일반병동)사용급여금 및 상해입원간호·간병통합서비스(재활병동)사용급여금 각각의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 상해입원 간호·간병통합서비스(일반병동)사용급여금 | 상해로 병원(요양병원 제외)에 입원하고, 간호·간병통합서비스(일반병동)를 사용하여 치료를 받은 경우 | 간호·간병통합서비스사용 1일당 '상해입원간호·간병통합서비스(일반병동/재활병동)사용급여금' 보장 보험가입금액 |
| 2. 상해입원 간호·간병통합서비스(재활병동)사용급여금 | 상해로 병원(요양병원 제외)에 입원하고, 간호·간병통합서비스(재활병동)를 사용하여 치료를 받은 경우 | |

④ 제5조(간호·간병통합서비스 등의 정의)에서 정한 간호·간병통합서

비스를 제공받는 경우에는 제1항 및 제2항의 보험금을 지급하지 않습니다.

**제2조 (병원 등의 정의)**

① 이 특약에서 '병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호에서 규정한 국내의 병원급 의료기관 또는 국외의 의료관련법에서 정한 병원급 의료기관을 말합니다.

② 이 특약에서 '요양병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

③ 이 보장에서 '의원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제1호에서 규정한 국내의 의원급 의료기관 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의원급 의료기관을 말합니다.

**제3조 (입원의 정의와 장소)**

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

**【 유의사항 】**

**< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >**

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원,2021년 7월판) 기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제4조 (간병인의 정의)**

① 이 특약에서 '간병인'이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체에서 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 ' 개인간병 및 유사서비스업 ' 또는 ' 개인간병인 '등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 '간병서비스'라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 하는 것을 말하며, 제5조(간호·간병통합서비스 등의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

**【 예시안내 】**

**< 간병인의 주요업무 >**

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

**제5조 (간호·간병통합서비스 등의 정의)**

① 이 보장에서 '간호·간병통합서비스'라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 말합니다.

② '재활병동'이라 함은 보건복지부 또는 국민건강보험공단이 매년 안내하는 「간호간병통합서비스 사업지침」에 따라 재활병동으로 지정된 병동을 말하며, 간호간병통합서비스 병동 중 재활병동을 제외한 병동을 '일반병동'이라 합니다.

【 관련법규 】

**< 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등) >**

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

**< 의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관) >**

① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

**제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제3항을 각각 적용합니다.

② 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제3항을 각각 적용합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유)의 지급일수는 간병인 및 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 각각의 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에

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

**제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제8조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명 사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.

1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다)
   다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)

③ 제5조(간호·간병통합서비스 등의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

④ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

**제9조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제9조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제11조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.

다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제12조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제13조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-23 상해간호간병통합서비스입원일당(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로 병원(요양병원 제외)에 입원하고, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용하여 일반병동 또는 재활병동에서 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 간호·간병통합서비스 사용 1일당 아래 각호의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. (이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

다만, 간호·간병통합서비스(일반병동)사용 상해입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 하고, 간호·간병통합서비스(재활병동)사용 상해입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 간호·간병통합서비스(일반병동) 사용상해입원급여금 | 상해로 입원하고, 간호·간병통합서비스(일반병동)를 사용하여 치료를 받은 경우 | 사용 1일당 이 보장의 보험가입금액 (30일 한도) |
| 2. 간호·간병통합서비스(재활병동) 사용상해입원급여금 | 상해로 입원하고, 간호·간병통합서비스(재활병동)를 사용하여 치료를 받은 경우 | 사용 1일당 이 보장의 보험가입금액 (60일 한도) |

【 관련법규 】

**< 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등) >**

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

**< 의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관) >**

① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

**제2조 (병원 등의 정의)**

① 이 특약에서 '병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호에서 규정한 국내의 병원급 의료기관 또는 국외의 의료관련법에서 정한 병원급 의료기관을 말합니다.

② 이 특약에서 '요양병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

③ '재활병동'이라 함은 보건복지부 또는 국민건강보험공단이 매년 안내하는 「간호간병통합서비스 사업지침」에 따라 재활병동으로 지정된 병동을 말하며, 간호간병통합서비스 병동 중 재활병동을 제외한 병동을 '일반병동'이라 합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유) 각호의 간호·간병통합서비스(일반병동)사용 상해입원급여금 및 간호·간병통합서비스(재활병동)사용 상해입원급여금의 지급일수는 각각 1회 입원당 30일 및 60일을 한도로 합니

다.

② 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

③ 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 보험금을 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더하여 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)의 각호를 각각 적용합니다.

⑤ 피보험자가 병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 입원일수를 더하여 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)의 각호를 각각 적용합니다.

⑥ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속 보장합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

### 제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

### 제5조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명 사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

### 제6조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

### 제8조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-24 간병인사용상해입원일당(체증형)(1-180일)(간편건강고지)/간병인사용상해입원일당(체증형)(1-180일)(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로 병원(요양병원 제외)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래에 정한 금액을 상해입원간병인사용급여금(요양병원 및 의원 제외)으로 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

다만, 상해입원간병인사용급여금(요양병원 및 의원 제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

**[비갱신형 및 갱신형(최초계약)]**

<table>
<tr><th colspan="2">보험금의 종류</th><th>지급기준※<br>(사용금액)</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td rowspan="2">상해입원간병인사용급여금(요양병원 및 의원 제외)</td><td rowspan="2">상해로 병원(요양병원 제외)에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우</td><td>8만원 미만</td><td>간병인 사용 1일당 이 보장의 보험가입금액 × 지급률<br><table><tr><th>경과기간※</th><th>지급률</th></tr><tr><td>5년미만</td><td>50%</td></tr><tr><td>5년이상 10년미만</td><td>60%</td></tr><tr><td>10년이상 15년미만</td><td>75%</td></tr><tr><td>15년이상 20년미만</td><td>90%</td></tr><tr><td>20년이상</td><td>100%</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>8만원 이상</td><td>간병인 사용 1일당 이 보장의 보험가입금액 × 지급률<br><table><tr><th>경과기간※</th><th>지급률</th></tr><tr><td>5년미만</td><td>100%</td></tr><tr><td>5년이상 10년미만</td><td>120%</td></tr><tr><td>10년이상 15년미만</td><td>150%</td></tr><tr><td>15년이상 20년미만</td><td>180%</td></tr><tr><td>20년이상</td><td>200%</td></tr></table></td></tr>
</table>

[갱신형(갱신계약)]

| 보험금의 종류 | | 지급기준※ (사용금액) | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 상해입원 간병인사용 급여금 (요양병원 및 의원 제외) | 상해로 병원 (요양병원 제외)에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우 | 8만원 미만 | 간병인 사용 1일당 이 보장 보험가입금액 × 100% |
| | | 8만원 이상 | 간병인 사용 1일당 이 보장 보험가입금액 × 200% |

※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.

※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병 사용 시작일자와 간병 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에는 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

※ 경과기간은 최초 보험계약일로부터 보험금 지급사유 발생일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

**< 간병인 사용일수에 따른 지급금액 계산 >**

· 보험계약일(보장개시일): **2024년 4월 1일**, 보험가입금액 : 4만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2040년 4월 1일 ~ 2040년 4월 30일(입원일수 30일)
  → 보험계약일로부터 15년이상

- 간병인 사용일 및 사용금액

사용1. 2040년 4월 10일 ~ 17일 : 총 사용일수 8일, 사용금액 88만원
☞ (1일당 평균 8만원 이상에 해당) → 4만원 X 180% X 8일
= 57.6만원 지급

사용2. 2040년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일
:총 사용일수 8일, 사용금액 52만원
☞ (1일당 평균 8만원 미만에 해당) → 4만원 X 90% X 8일
= 28.8만원 지급

· 총 간병인사용상해입원일당 지급금액
: 간병인 사용일수 16일
보험금 57.6만원 + 28.8만원 = 86.4만원 지급

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로 요양병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래에 정한 금액을 상해입원간병인사용급여금(요양병원 및 의원)으로 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.
다만, 상해입원간병인사용급여금(요양병원 및 의원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

[비갱신형 및 갱신형(최초계약)]

<table>
<tr><th colspan="2">보험금의 종류</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>상해입원 간병인 사용 급여금 (요양 병원 및 의원)</td><td>상해로 요양병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우</td><td>간병인 사용 1일당 이 보장의 보험가입금액 × 지급률
<table>
<tr><th>경과기간※</th><th>지급률</th></tr>
<tr><td>5년미만</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>5년이상 10년미만</td><td>120%</td></tr>
<tr><td>10년이상 15년미만</td><td>150%</td></tr>
<tr><td>15년이상 20년미만</td><td>180%</td></tr>
<tr><td>20년이상</td><td>200%</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

※ 경과기간은 최초 보험계약일로부터 보험금 지급사유 발생일까지의 기간을 말합니다.

[갱신형(갱신계약)]

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 상해입원간병인 사용급여금 (요양병원 및 의원) | 상해로 요양병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우 | 간병인 사용 1일당 이 보장 보험가입금액 × 200% |

**제2조 (병원 등의 정의)**

① 이 특약에서 '병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호에서 규정한 국내의 병원급 의료기관 또는 국외의 의료관련법에서 정한 병원급 의료기관을 말합니다.

② 이 특약에서 '요양병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

③ 이 보장에서 '의원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제1호에서 규정한 국내의 의원급 의료기관 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의원급 의료기관을 말합니다.

**제3조 (입원의 정의와 장소)**

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

**【 유의사항 】**

**< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >**

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원,2021년 7월판) 기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제4조 (간병인의 정의)**

① 이 특약에서 '간병인'이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체에서 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코

드 기준 ' 개인간병 및 유사서비스업 ' 또는 ' 개인간병인 '등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 '간병서비스'라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 하는 것을 말하며, 의료법 제4조의 2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【 예시안내 】

< 간병인의 주요업무 >

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

**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제2항을 각각 적용합니다.

② 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제2항을 각각 적용합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유)의 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 각각의 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

**제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제7조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.

1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다)
   다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

**제8조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제9조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제8조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제10조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제11조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제12조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-25 상해입원일당(1-30일,종합병원,1인실)(간편건강고지)보장 특별약관

### 제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로 종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

다만, 종합병원 상급병실(1인실) 상해입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 종합병원 상급병실(1인실) 상해입원급여금 | 상해로 종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액(30일 한도) |

### 제2조 (종합병원의 정의)

이 특약에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

**【 관련법규 】**

**< 의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건 >**

- 100개 이상의 병상을 갖추어야 함
- 100병상 이상 300병상 이하인 경우 내과 · 외과 · 소아청소년과 · 산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 상기의 진료과목에 대해서는 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함

### 제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특약에서 '입원'이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**【 유의사항 】**

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

### 제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 종합병원 상급병실(1인실) 상해입원급여

금의 지급일수 및 지급한도는 종합병원 상급병실(1인실)에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 피보험자가 다른 종합병원 상급병실(1인실)로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 종합병원 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 종합병원 상급병실(1인실) 상해입원급여금을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 종합병원 상급병실(1인실) 상해입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 종합병원 상급병실(1인실) 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 상급병실(1인실)로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 상급병실(1인실) 상해입원급여금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 종합병원 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 상급병실(1인실) 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 상급병실(1인실) 상해입원급여금을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 종합병원 이외의 병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

⑨ 피보험자가 종합병원 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(종합병원의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항, 제2항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 상급병실(1인실) 상해입원급여금을 지급합니다.

⑩ 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

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

### 제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

### 제6조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

### 제8조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-26 상해입원일당(1-30일,상급종합병원,1인실) (간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로 상급종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. (이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

다만, 상급종합병원 상급병실(1인실) 상해입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 상급종합병원 상급병실(1인실) 상해입원급여금 | 상해로 상급종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액(30일 한도) |

**제2조 (상급종합병원의 정의)**

이 특약에서 '상급종합병원'이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

**【 관련법규 】**

**< 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 요건 >**

- 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함
- 의료법 제77조(전문의) 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관이어야 함
- 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어야 함
- 질병군별 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하여야 함

**제3조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 '입원'이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(상급종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**【 유의사항 】**

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 상급병실(1인실) 상해입원급여금의 지급일수 및 지급한도는 상급종합병원 상급병실(1인실)에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 피보험자가 다른 상급종합병원 상급병실(1인실)로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 상급종합병원 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 상급병실(1인실) 상해입원급여금을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상급종합병원 상급병실(1인실) 상해입원급여금의

전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 상급종합병원 상급병실(1인실) 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 상급병실(1인실)로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 상급병실(1인실) 상해입원급여금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 상급종합병원 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 상급병실(1인실) 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 상급병실(1인실) 상해입원급여금을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

⑨ 피보험자가 상급종합병원 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항, 제2항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 상급병실(1인실) 상해입원급여금을 지급합니다.

⑩ 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

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

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-27 상해입원일당(1-30일,종합병원,2~3인실)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로 종합병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

다만, 종합병원 2~3인실 상해입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 종합병원 2~3인실 상해입원급여금 | 상해로 종합병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (30일 한도) |

**제2조 (종합병원의 정의)**

이 특약에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

**【 관련법규 】**

**< 의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건 >**

- 100개 이상의 병상을 갖추어야 함
- 100병상 이상 300병상 이하인 경우 내과 · 외과 · 소아청소년과 · 산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 상기의 진료과목에 대해서는 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함

**제3조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 '입원'이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**【 유의사항 】**

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)의 종합병원 2~3인실 상해입원급여금의 지급일수 및 지급한도는 종합병원 2~3인실에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 피보험자가 다른 종합병원 2~3인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 종합병원 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 종합병원 2~3인실 상해입원급여금을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 종합병원 2~3인실 상해입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 종합병원 2~3인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 2~3인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 2~3인실 상해입원급여금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 종합병원 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 2~3인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까

지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 2~3인실 상해입원급여금을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 종합병원 이외의 병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

⑨ 피보험자가 종합병원 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(종합병원의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항, 제2항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 2~3인실 상해입원급여금을 지급합니다.

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

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-28 상해입원일당(1-30일,상급종합병원,2~3인실)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로 상급종합병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

다만, 상급종합병원 2~3인실 상해입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 상급종합병원 2~3인실 상해입원급여금 | 상해로 상급종합병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (30일 한도) |

**제2조 (상급종합병원의 정의)**

이 특약에서 '상급종합병원'이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【 관련법규 】

**< 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 요건 >**

- 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함
- 의료법 제77조(전문의) 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관이어야 함
- 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어야 함
- 질병군별 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하여야 함

**제3조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 '입원'이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(상급종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 유의사항 】

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 2~3인실 상해입원급여금의 지급일수 및 지급한도는 상급종합병원 2~3인실에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 피보험자가 다른 상급종합병원 2~3인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 상급종합병원 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 2~3인실 상해입원급여금을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상급종합병원 2~3인실 상해입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 상급종합병원 2~3인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 2~3인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 2~3인실 상해입원급여금을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 상급종합병원 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 2~3인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 2~3인실 상해입원급여금을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

⑨ 피보험자가 상급종합병원 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항, 제2항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 2~3인실 상해입원급여금을 지급합니다.

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

판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-29 상해수술(간편건강고지)보장 특별약관 / 상해수술(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 수술을 받은 경우에는 1사고당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 상해수술 보험금 | 상해로 수술을 받은 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

**제2조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함됩니다.

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

④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【 용어해설 】

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

【 예시안내 】

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**
· 체외 충격파 쇄석술
· 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
· 절개 또는 배농술
· 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
· 전기소작술
· IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**
① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림) 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
   다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

**제5조 (특약의 소멸)**
피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**
① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느

하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (특약의 자동갱신)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약' 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**
갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세
⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-30 상해수술Ⅲ(1-5종)(수술회당지급)(간편건강고지) 보장 특별약관 / 상해수술Ⅲ(1-5종)(수술회당지급)(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관

### 제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 '1-5종 수술Ⅲ 분류표'([별표55] '1-5종 수술Ⅲ 분류표' 참조. 이하 같습니다)에서 정한 수술을 받은 경우에는 1사고당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 상해수술Ⅲ(1-5종) 보험금 | 상해로 '1-5종 수술Ⅲ 분류표'에서 정한 '1종' 수술을 받은 경우 | '상해수술Ⅲ(1종)' 보장의 보험가입금액 |
| | 상해로 '1-5종 수술Ⅲ 분류표'에서 정한 '2종' 수술을 받은 경우 | '상해수술Ⅲ(2종)' 보장의 보험가입금액 |
| | 상해로 '1-5종 수술Ⅲ 분류표'에서 정한 '3종' 수술을 받은 경우 | '상해수술Ⅲ(3종)' 보장의 보험가입금액 |
| | 상해로 '1-5종 수술Ⅲ 분류표'에서 정한 '4종' 수술을 받은 경우 | '상해수술Ⅲ(4종)' 보장의 보험가입금액 |
| | 상해로 '1-5종 수술Ⅲ 분류표'에서 정한 '5종' 수술을 받은 경우 | '상해수술Ⅲ(5종)' 보장의 보험가입금액 |

### 제2조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 '1~5종 수술Ⅲ 분류표'에서 정한 행위(의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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

④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

**【 용어해설 】**

**< 신의료기술평가위원회 >**

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

### 제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그

수술 중 가장 높은 상해수술III(1-5종)보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 상해수술III(1-5종)보험금을 지급합니다.
이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 상해수술III(1-5종)보험금을 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 상해수술III(1-5종)보험금에서 이미 지급한 상해수술III(1-5종)보험금을 차감하고 지급합니다.
단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 상해수술III(1-5종)보험금을 지급합니다.

② 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기 · 복부장기 · 비뇨생식 기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌 · 우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

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

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림) 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다) · 축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
   다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및

계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**
갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세
⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-31 상해수술(시술포함)(1-8종)(급여)(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

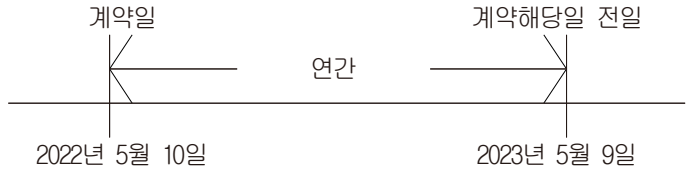
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 '1-8종 수술 및 시술 분류표'([별표39] '1-8종 수술 및 시술 분류표' 참조. 이하 같습니다)에서 정한 급여항목으로 분류된 '수술 및 시술'을 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.
다만, 1회의 입원당 1회의 '수술 및 시술' 또는 1회의 통원당 1회의 '수술 및 시술'에 한하여 보장하며, 하나의 '수술시술코드'당 연간 1회에 한하여 보장합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다.)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 상해수술(시술포함)(1-8종) 보험금 | 상해로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '1종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '상해수술(시술포함)(1종)' 보장의 보험가입금액 |
| | 상해로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '2종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '상해수술(시술포함)(2종)' 보장의 보험가입금액 |
| | 상해로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '3종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '상해수술(시술포함)(3종)' 보장의 보험가입금액 |
| | 상해로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '4종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '상해수술(시술포함)(4종)' 보장의 보험가입금액 |
| | 상해로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '5종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '상해수술(시술포함)(5종)' 보장의 보험가입금액 |
| | 상해로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '6종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '상해수술(시술포함)(6종)' 보장의 보험가입금액 |
| | 상해로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '7종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '상해수술(시술포함)(7종)' 보장의 보험가입금액 |
| | 상해로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '8종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '상해수술(시술포함)(8종)' 보장의 보험가입금액 |

② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >




**제2조 (수술 및 시술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술 및 시술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 하며, 한의사는 제외합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 [별표39] '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 수술시술코드(이하 '수술시술코드'라 합니다)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항의 '수술시술코드'는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 처치 및 수술료 항목에서 급여항목이 발생하고, 'KDRG(Korean Diagnosis Related Group)' 분류체계에 따라 부여된 'ADRG(Adjacent DRG)' 중 회사가 정한 코드를 말합니다.

【 용어해설 】

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

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

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

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

③ 제2항의 '수술시술코드'에서 향후 'KDRG' 개정으로 동일한 수술 및 시술에 대해 '수술시술코드'가 변경되는 경우 이 특약의 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유가 발생한 시점 기준의 '수술시술코드'를 따릅니다. 다만, 이 경우에도 변경전후의 '수술시술코드'를 하나의 '수술시술코드'로 보아 연간 1회에 한하여 보장합니다. 또한 회사가 정한 수술시술종류(1-8종)는 '수술시술코드'가 변경되어도 수술 및 시술내용에 따라 체결시점에서 정한 수술시술종류(1-8종)를 기준으로 보험금을 지급합니다.
또한, 이 특약 체결시점 이후 'ADRG'가 신규 추가되는 경우 회사는 [별표39] '1-8종 수술 및 시술 분류표'의 구분에 준하여 수술시술코드를 결정합니다.

【 예시안내 】

이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술시술코드는 A010(KDRG 버전 4.4)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 간이식에 해당하는 수술시술코드가 A080(KDRG 버전 5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전 4.4)에 해당하는 수술시술종류(1-8종)에 따라 상해수술(시술포함)(1-8종)보험금을 지급합니다.

④ 2항 및 제3항에도 불구하고 이 특약 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술 및 시술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술 및 시술은 보장에서 제외됩니다.

⑤ 제1항의 수술 및 시술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

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

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

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술 및 시술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술시술코드에 한하여 상해수술(시술포함)(1-8종)보험금을 지급합니다.

**【 유의사항 】**

ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 'KDRG'에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속하여 입원 중에 2가지 이상의 수술시술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술시술코드가 부여된 경우에는 수술시술 종류가 높은 하나의 수술시술코드에 한하여 해당 종의 상해수술(시술포함)보험금을 지급합니다.

③ 제1항에도 불구하고 진료비 세부내역서 등을 통해 피보험자가 유방재건술과 유방절제술을 동시에 받은 것으로 확인되는 경우 회사는 유방재건술(J051, J052)이 아니라 유방절제술(J061, J062)에 해당하는 수술시술코드가 발생한 것으로 보아 유방절제술(J061, J062)의 상해수술(시술포함)(1-8종)보험금을 지급합니다.

**【 예시안내 】**

피보험자가 입원을 하고 "유방재건술"과 "유방절제술"을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 ADRG는 "유방재건술(J051)"(3종)입니다. 다만, 이 경우 회사는 제3항에 따라 "유방절제술(J061)"에 해당하는 7종의 상해수술(시술포함)보험금을 지급합니다.

④ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술 및 시술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑤ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 계속입원 중 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특약의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑥ 피보험자가 「국민건강보험법」또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술 및 시술한 경우, 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특약에서 정한 수술시술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제2조(수술 및 시술의 정의와 장소)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

【 예시안내 】

자동차보험 또는 산재보험 등 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 상해로 인하여 아래의 진단명 및 의료행위를 받은 경우 회사는 6항에 따라 '슬관절 및 하퇴골 골절 수술(I283)'에 해당하는 상해수술(시술포함)(1-8종)보험금을 지급합니다.

· 진단명 : 경골 하단의 기타 골절(S82.38)

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

⑦ 제2항에도 불구하고 제6항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 이 수술시술코드에 해당하는 상해수술(시술포함)(1-8종)보험금과 제6항의 수술시술코드에 해당하는 상해수술(시술포함)(1-8종)보험금을 각각 지급합니다.

⑧ '복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양제외)(N031)', '개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)(N032)', '분만및유산후관련장애(수술시행)(O110)'는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 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
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
7. 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
8. 상해를 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
9. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
10. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우

③ 회사는 [별표39] '1~8종 수술 및 시술 분류표'의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.

④ 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표22] 비급여대상)에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.

### 제5조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서('건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)' 필수 기재), 수술증명서, 진료비계산서, 입퇴원확인서 등)

단, '건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)'를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 '건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)'를 확인할 수 있는 대체서류를 제출하여야 합니다.

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명 사실확인서 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 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-32 상해입원수술(당일입원제외)(간편건강고지)보장 특별약관 / 상해입원수술(당일입원제외)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 병원 또는 의원에 2일이상 입원하여 수술을 받은 경우에는 1사고당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 상해입원수술(당일입원제외)보험금 | 상해로 2일이상 입원하여 수술을 받은 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

**제2조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함됩니다.

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

④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

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

**【 예시안내 】**

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**
· 체외 충격파 쇄석술
· 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
· 절개 또는 배농술
· 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
· 전기소작술
· IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

**제3조 (입원 등의 정의와 장소)**
① 이 특약에서 '입원'이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
② 이 특약에서 '당일입원'이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**
① 하나의 사고로 두 종류 이상의 상해입원수술을 받거나 같은 종류의 상해입원수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 상해입원수술(당일입원제외)보험금만 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.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**
① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 및 제2항을 따릅니다.
② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림) 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의

거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

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

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

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

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제9조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제10조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-33 상해통원수술(당일입원포함)(간편건강고지)보장 특별약관 / 상해통원수술(당일입원포함)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 병원 또는 의원에 통원(당일입원포함)하여 수술을 받은 경우에는 1사고당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 상해통원수술(당일입원포함)보험금 | 상해로 통원(당일입원포함)하여 수술을 받은 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

**제2조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함됩니다.

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

④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

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

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

· 체외 충격파 쇄석술
· 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
· 절개 또는 배농술
· 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
· 전기소작술
· IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

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

**제3조 (입원 및 통원의 정의와 장소)**

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

② 이 특약에서 '통원'이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

③ 이 특약에서 '당일입원'이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 하나의 사고로 두 종류 이상의 상해통원수술을 받거나 같은 종류의 상해통원수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 상해통원수술(당일입원포함)보험금만 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.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 및 제2항을 따릅니다.

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

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림) 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
   다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.

5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제9조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제10조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-34 상해수술(종합병원)(간편건강고지)보장 특별약관 / 상해수술(종합병원)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 종합병원에서 수술을 받은 경우에는 1사고당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 종합병원 상해수술보험금 | 상해로 종합병원에서 수술을 받은 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

제2조 (종합병원의 정의)

이 특약에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【 관련법규 】

< 의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건 >

- 100개 이상의 병상을 갖추어야 함
- 100병상 이상 300병상 이하인 경우 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 상기의 진료과목에 대해서는 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함

제3조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 제2조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

**[신의료기술평가위원회]**

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

**【 예시안내 】**

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

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

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 하나의 사고로 두 종류 이상의 상해수술을 받거나 같은 종류의 상해수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 상해수술보험금만 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.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 및 제2항을 따릅니다.

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

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림) 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
   다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제9조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제10조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-35 상해수술(상급종합병원)(간편건강고지)보장 특별약관 / 상해수술(상급종합병원)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 상급종합병원에서 수술을 받은 경우에는 1사고당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 상급종합병원 상해수술보험금 | 상해로 상급종합병원에서 수술을 받은 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

**제2조 (상급종합병원의 정의)**

이 특약에서 '상급종합병원'이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

**【 관련법규 】**

**<의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 요건>**

- 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함
- 의료법 제77조(전문의) 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관이어야 함
- 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어야 함
- 질병군별 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하여야 함

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 제2조(상급종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査)

등)

7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

**[신의료기술평가위원회]**

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

**【 예시안내 】**

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

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

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 하나의 사고로 두 종류 이상의 상해수술을 받거나 같은 종류의 상해수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 상해수술보험금만 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.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 및 제2항을 따릅니다.

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

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림) 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
   다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-36 상해특정급여시술치료(연간1회한)(간편건강고지) 보장 특별약관

상해특정급여시술치료(연간1회한) 특별약관(이하 '특약'이라 합니다.)은 '상해특정급여시술치료(연간1회한)(흡인,천자,절개,배액,배농)', '상해특정급여시술치료(연간1회한)(신경차단술)', '상해특정급여시술치료(연간1회한)(화상)', '상해특정급여시술치료(연간1회한)(도수정복술)', '상해특정급여시술치료(연간1회한)(단순창상봉합술)', '상해특정급여시술치료(연간1회한)(기타시술)'의 6개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

**제1조 (보험금의 지급사유)**

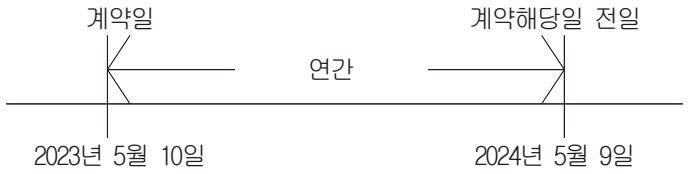
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 아래 해당하는 상해특정급여시술치료를 받은 경우에는 각각의 보장에 대하여 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 상해특정급여시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)보장 보험금 | 상해로 상해특정급여시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)을 받은 경우 | 이 보장의 보험가입금액(연간1회한) |
| 상해특정급여시술치료(신경차단술)보장 보험금 | 상해로 상해특정급여시술치료(신경차단술)을 받은 경우 | 이 보장의 보험가입금액(연간1회한) |
| 상해특정급여시술치료(화상)보장 보험금 | 상해로 상해특정급여시술치료(화상)을 받은 경우 | 이 보장의 보험가입금액(연간1회한) |
| 상해특정급여시술치료(도수정복술)보장 보험금 | 상해로 상해특정급여시술치료(도수정복술)을 받은 경우 | 이 보장의 보험가입금액(연간1회한) |
| 상해특정급여시술치료(단순창상봉합술)보장 보험금 | 상해로 상해특정급여시술치료(단순창상봉합술)을 받은 경우 | 이 보장의 보험가입금액(연간1회한) |
| 상해특정급여시술치료(기타시술)보장 보험금 | 상해로 상해특정급여시술치료(기타시술)을 받은 경우 | 이 보장의 보험가입금액(연간1회한) |

② 제1항에서 '연간'이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >




**제2조 (특정시술치료(급여) 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특별약관에서 '상해특정급여시술치료'이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 [별표9] 특정시술치료(급여) 대상 수가코드에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '상해특정급여시술치료'에 준하여 보장 여부를 결정합니다.

③ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 '상해특정급여시술치료' 외에 '상해특정급여시술치료'에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

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

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

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

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

**제5조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서( "건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진단서, 진료비계산서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명

사실확인서 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 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-37 골절수술(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 '골절'로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 1사고당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. (이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 골절수술 보험금 | 골절로 수술을 받은 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

**제2조 (골절의 정의)**

이 특약에서 '골절'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] '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.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의

료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

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

**【 예시안내 】**

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

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

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 하나의 사고로 두 종류 이상의 골절수술을 받거나 같은 종류의 골절수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 골절수술보험금만 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.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

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

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

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-38 5대골절수술(간편건강고지)보장 특별약관

### 제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 '5대골절'로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 1사고당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 5대골절<br>수술보험금 | 5대골절로<br>수술을 받은 경우 | 이 특약의<br>보험가입금액 |

### 제2조 (5대골절의 정의)

이 특약에서 '5대골절'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표3] '5대골절 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.

### 제3조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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

④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

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

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>
· 체외 충격파 쇄석술
· 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
· 절개 또는 배농술
· 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
· 전기소작술
· IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

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

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

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

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

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-39 골절철심제거수술(연간1회한,급여)(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

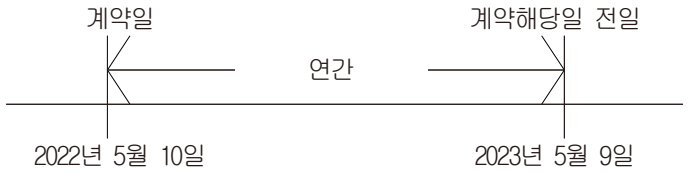
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 '골절(치아파절제외)'로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 체내에 삽입한 철심을 제거하는 '급여 골절철심제거술'을 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 급여<br>골절철심제거술<br>보험금 | '골절(치아파절제외)' 치료를<br>목적으로 '급여<br>골절철심제거술'을 받은 경우 | 이 특약의<br>보험가입금액<br>(연간1회한) |

② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >




### 제2조 (골절의 정의)

① 이 특약에서 '골절'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표2] '골절 분류표'에 해당하는 상병을 말합니다.

② 이 특약에서 '치아파절'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 치아의 파절 및 파절치(분류번호 S02.5)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.

### 제3조 (급여 골절철심제거술의 정의)

① 이 특약에서 '급여 골절철심제거술'이라 함은 '골절'의 치료를 목적으로 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 해당하는 아래의 진료행위가 발생한 경우를 말합니다.

| 대상이 되는 의료행위 | 수가코드 |
|---|---|
| 체내고정용금속제거술[골반골, 대퇴골] | N0972 |
| 체내고정용금속제거술[상완골,견갑골] | N0973 |
| 체내고정용금속제거술[전완골,하퇴골]-요척골 동시, 경비골 동시 | N0974 |
| 체내고정용금속제거술[쇄골,슬개골,수근골,족근골] | N0975 |
| 체내고정용금속제거술[중수골,중족골,지골] | N0976 |
| 체내고정용금속제거술[전완골,하퇴골] | N0977 |
| 체내고정용금속제거술-골에삽입한금속핀이나 금속정등을근막절개하에 간단히제거한경우 | N0978 |
| 체내고정용금속제거술-골에삽입한금속핀이나 금속정등을근막절개없이 간단히제거한경우 | N0979 |
| 척추체내고정용금속제거술-전방 | N2471 |
| 척추체내고정용금속제거술-후방 | N2472 |
| 악골내고정용금속제거술(악골내강선고정의제거) | U4971 |
| 악골내고정용금속제거술(소형금속판의제거) | U4972 |
| 악골내고정용금속제거술(재건용금속판의제거, 악골1/20이상의크기에달한것) | U4973 |
| 악골내고정용금속제거술(재건용금속판의제거, 악골1/20미만의크기인것) | U4974 |

② 제1항에도 불구하고 이 계약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 및 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '급여 골절철심제거술'에 준하여 '급여 골절철심제거술'을 결정합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정

한 ‘급여 골절철심제거술’ 외에 ‘급여 골절철심제거술’에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

**제4조 (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.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제6조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서 : 진료비세부내역서( ‘건강보험심사평가원 진료 수가코드(EDI)’ 필수 기재), 진료기록부, 진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

**제7조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-40 화상수술(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 ‘화상’으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 1사고당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 화상수술 보험금 | ‘화상’(심재성2도이상)으로 수술을 받은 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

**제2조 (화상의 정의)**

이 특약에서 ‘화상’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서

[별표4] '화상 분류표' 에 해당하는 상병으로 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술' 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사' 라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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

④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

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

**【 예시안내 】**

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

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

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 하나의 사고로 두 종류 이상의 화상수술을 받거나 같은 종류의 화상수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 화상수술보험금만 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.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

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

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

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (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 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서 계약자는 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

**【 유의사항 】**

**< 계약자의 보험수익자 변경 통지 >**

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

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

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제9조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

**【 유의사항 】**

**< 보험가입금액 등의 감액시 환급금 >**

보험가입금액, 보험료 등의 감액시 환급금이 없거나 최초가입시 안내한 만기해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

**제9조 (해약환급금)**

① 이 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산합니다.

② 제1항의 해약환급금은 보험료의 자동대출납입에 따라 납입된 보험료와 이자, 보험계약대출에 따른 보험계약대출원금과 이자가 있는 경우

이를 차감한 금액을 지급합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보통약관 [부표1] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

⑤ 보통약관 제41조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

**제10조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-41 중대한특정상해수술(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 '뇌손상' 또는 '내장손상'을 입고 사고일부터 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 '개두(開頭)수술', '개흉(開胸)수술' 또는 '개복(開腹)수술'을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 중대한 특정상해 수술보험금 | 상해로 '뇌손상' 또는 '내장손상'을 입고 사고일부터 180일 이내에 개두·개흉·개복수술을 받은 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

**제2조 (뇌손상 등의 정의)**

① 이 특약에서 '뇌손상'이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표10] '중대한 특정상해 분류표'에 해당하는 기질적 손상을 입은 경우를 말합니다.

② 이 특약에서 '내장손상'이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표10] '중대한 특정상해 분류표'에 해당하는 기질적 손상을 입은 경우를 말합니다.

③ 이 특약에서 '개두(開頭)수술', '개흉(開胸)수술', '개복(開腹)수술'이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은 '개두(開頭)수술', '개흉(開胸)수술', '개복(開腹)수술'로 보지 않습니다.

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

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는

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

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함됩니다.

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

④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

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

**【 예시안내 】**

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

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

**제4조 (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.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대한특정상해수술보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사

망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-42 중증외상치료비(권역외상센터)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '권역외상센터'에 내원하여 '중증외상환자'로 분류되어 치료를 받은 경우 1사고당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 다만, '권역외상센터' 도착 전 사망한 경우는 보상하지 않습니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 중증외상치료(권역외상센터)보험금 | '권역외상센터'에 내원한여 '중증외상환자'로 분류되어 치료를 받은 경우 | 이 특약의 보험가입금액 (사고당 1회한) |

**제2조(권역외상센터 등의 정의)**

① 이 특약에서 '권역외상센터'라 함은 응급의료에 관한 법률 제30조의 2(권역외상센터의 지정)에 근거하여 선정된 의료기관을 말합니다

**【 관련법규 】**

※ 응급의료에 관한 법률 제30조의 2(권역외상센터의 지정)

① 보건복지부장관은 외상환자의 응급의료에 관한 다음 각 호의 업무를 수행하게 하기 위하여 권역응급의료센터, 전문응급의료센터 및 지역응급의료센터 중 권역외상센터를 지정할 수 있다.

1. 외상환자의 진료
2. 외상의료에 관한 연구 및 외상의료표준의 개발
3. 외상의료를 제공하는 의료인의 교육훈련
4. 대형 재해 등의 발생 시 응급의료 지원
5. 그 밖에 보건복지부장관이 정하는 외상의료 관련 업무

② 권역외상센터는 외상환자에 대한 효과적인 응급의료 제공을 위하여 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. 이 경우 각 호에 따른 구체적인 요건은 보건복지부령으로 정한다.

1. 외상환자 전용 중환자 병상 및 일반 병상
2. 외상환자 전용 수술실 및 치료실
3. 외상환자 전담 전문의
4. 외상환자 전용 영상진단장비 및 치료장비
5. 그 밖에 외상환자 진료에 필요한 인력·시설·장비

③ 그 밖에 권역외상센터 지정의 기준·방법 및 절차 등에 관한 구체적인 사항은 보건복지부령으로 정한다.

② 이 특약에서 '중증외상환자'라 함은 권역외상센터의 외상센터(응급소생구역) 또는 응급의료센터(응급실)를 통하여 내원한 외상환자 중 보건복지부 장관이 정하는 최종 손상중증도 점수(ISS)가 15점 초과인 경우를 말합니다.

③ 이 특약에서 '손상중증도 점수(ISS)'라 함은 손상의 중증도를 평가

하는 점수체계로 신체를 6개의 부위(두경부, 안면두, 흉부, 복부, 사지, 신체표면)로 나누어서 각 신체 부위의 손상별 중증도를 AIS(Abbreviate InjuryScale)로 점수화하고, 6개 부위 중 중증도가 심한 상위 3개 부위의 AIS점수의 제곱 합으로 구합니다.

④ 제3항의 AIS는 신체의 각 부위와 해부 구조 내에서의 손상 정도를 점수화하여 외상의 중증도를 각 부위별로 나타내는 식별자로, 각 부위별로 최소 1점(경증)에서 최대 6점(중증)까지 부여됩니다.

**【 용어해설 】**

**【손상중증도점수(ISS)】**
신체를 6개의 부위(두경부, 안면부, 흉부, 복부, 사지, 신체표면)로 나누어서 각 신체 부위의 손상별 중증도를 Abbreviate InjuryScale(AIS)로 점수화하고, 6개 부위 중 중증도가 심한 상위 3개 부위의 AIS점수의 제곱 합

**【Abbreviate InjuryScale(AIS)】**
외상환자의 중증도 평가도구로서, 신체를 6개 부위로 나누어 손상정도를 최소 1점(경증)에서 최대 6점(중증)까지 수치화한 점수

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

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

**제4조 (법령 개정에 따른 특약 내용의 변경)**

① 이 특약 체결시점 이후 권역외상센터 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 '권역외상센터'에 내원하여 '중증외상환자'로 분류되어 치료를 받은 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 이 특약 체결시점 이후 손상중증도 점수(ISS) 산정 방식이 변경되는 경우 진단시점의 기준의 산정 방식을 적용합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약에 상응하는 '권역외상센터 내원'과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 '권역외상센터' 제도가 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 '권역외상센터' 제도의 변경으로 권역외상센터 판정이 불가능한 경우
3. 손상중증도 점수(ISS) 기준으로 손상의 중증도를 평가하는 점수체계가 폐지되는 경우
4. 제1호 내지 제3호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

④ 회사는 제3항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경 내역, 보험료 수준, 특약 내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 계약자가 특약 내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 특약 내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

⑥ 제3항에 따라 특약 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 또는 납입보험료 등이 변경될 수 있으며, 특약 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료를 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경사항을 제4항에 따라 계약자에게 안내합니다.

⑦ 제2항에도 불구하고 이 특약에서 보장하는 권역외상센터에 내원하여 중증외상환자로 분류되어 치료를 받은 당시 권역외상센터 운영지침에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 권역외상센터 운영지침 개정으로 변경되더라도 특별약관에서 보장하는 권역외상센터에 내원하여 중증외상환자로 분류되어 치료를 받은 해당 여부를 다시 판단하

지 않습니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-43 상해MRI검사지원비(연간1회한,급여)(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 '급여 상해MRI검사'에 해당하는 '의료행위'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급 합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

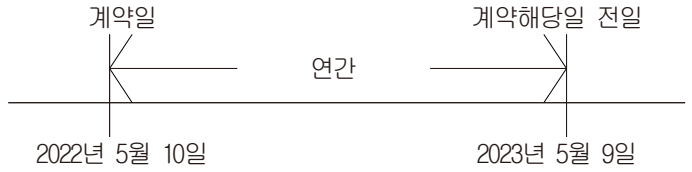
| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 상해 MRI검사비 | 상해의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 '급여 상해MRI검사'에 해당하는 의료행위를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액 (연간1회한) |

② 제1항의 '의료행위'라 함은 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드를 말합니다.

③ 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >




**제2조 (급여 상해MRI검사의 정의)**

① 이 특약에서 '급여 상해MRI검사'라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 자기공명영상(MRI)

을 촬영하는 의료행위를 말합니다.
② 제1항의 '급여 상해MRI검사'는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 '급여 상해MRI검사' 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 것에 한합니다.
③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '급여 상해MRI검사'에 준하여 수가코드를 결정합니다.
④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 '급여 상해MRI검사' 외에 '급여 상해MRI검사'에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

【 용어해설】

<자기공명영상진단(MRI)>
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**
이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제5조 (보험금의 청구)**
① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서 : 진료비세부내역서('건강보험심사평가원 진료 수가코드(EDI)' 필수 기재), 진료기록부, 진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

**제6조 (특약의 소멸)**
피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**
① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**
이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-44 상해CT검사지원비(연간1회한,급여)(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 '급여 상해CT검사'에 해당하는 '의료행위'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급 합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

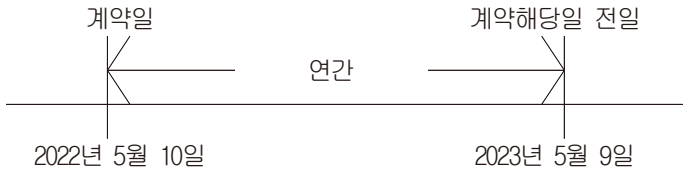
| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 상해 CT검사비 | 상해로의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 '급여 상해CT검사'에 해당하는 의료행위를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액 (연간1회한) |

② 제1항의 '의료행위'라 함은 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드를 말합니다.

③ 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

**【 예시안내 】**

< 연간에 대한 예시 >




**제2조 (급여 상해CT검사의 정의)**

① 이 특약에서 '급여 상해CT검사'라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 전산화단층영상진단(CT)을 촬영하는 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 '급여 상해CT검사'는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 '급여 상해CT검사' 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '급여 상해CT검사'에 준하여 수가코드를 결정합니다.

④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 '급여 상해CT검사' 외에 '급여 상해CT검사'에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

**【 용어해설】**

**<전산화단층영상진단(CT)>**
X선을 이용하여 인체의 횡단면상의 영상을 획득하여 진단에 이용하는 검사

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지

급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제5조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서 : 진료비세부내역서( '건강보험심사평가원 진료 수가 코드(EDI)' 필수 기재), 진료기록부, 진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명 사실확인서 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 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-45 상해재활치료(연간15회한,급여)(간편건강고지)보장 특별약관 / 상해재활치료(연간15회한,급여)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 병원에 입원중에 '급여 재활치료'(이하 '입원 급여 재활치료'라 합니다.)를 받은 경우 또는 통원하여 '급여 재활치료'(이하 '외래 급여 재활치료'라 합니다.)를 받은 경우에는 각각 1일 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

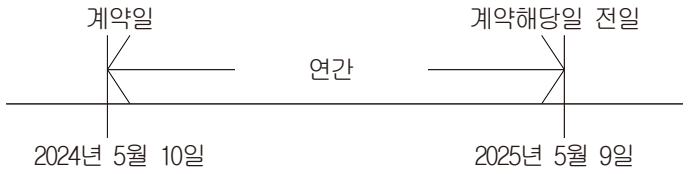
| 보험금의 종류 | | 지급금액 | 지급한도 |
|---|---|---|---|
| 상해재활치료(급여)보험금 | 상해로 입원 또는 통원하여 '급여 재활치료'를 받은 경우 | 이 특약의 보험가입금액 | 연간 15회한(1일 1회한) |

② 제1항의 상해재활치료(급여)보험금은 연간 발생한 '입원 급여 재활치료'와 '외래 급여 재활치료' 횟수를 합산하여 연간 최대 15회 한도로 지급합니다.

③ 제2항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >




**제2조 (재활치료 등의 정의)**

① 이 특약에서 '재활치료'라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 전문재활인력이 진단, 평가 및 치료하여 신체적, 심리적, 사회적 상태를 최적의 수준으로 향상 및 유지하고 추후 발생할 수 있는 장기적 장애를 최소화시키는 과정을 말합니다.

② 이 특약에서 '급여 재활치료'라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류항목 중 제7장 이학요법료에 해당하는 의료행위를 말합니다.
단, 고빌리루빈혈증에 대한 광선요법(MM350)은 '급여 재활치료'에 해당하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 계약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 및 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '급여 재활치료'에 준하여 '급여 재활치료'를 결정합니다.

④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제2항에서 정한 '급여 재활치료' 외에 '급여 재활치료'에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 제2항의 「국민건강보험법」 및 「의료급여법」 적용 여부는 최종 적용된 법규 기준으로 판단합니다.

**제3조 (입원 및 통원의 정의)**

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

【 유의사항 】

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우>
- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월 판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특약에서 '통원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 다음 각 호의 경우에는 '입원 급여 재활치료'와 '외래 급여 재활치료' 각각에 대해 1일 1회에 한하여 보장합니다.
1. 피보험자가 동일한 날에 '입원 급여 재활치료'를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 '외래 급여 재활치료'를 받은 경우
2. 피보험자가 동일한 날에 '외래 급여 재활치료'를 받은 후 동일

의료기관 또는 타 의료기관에서 '입원 급여 재활치료'를 받은 경우

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제6조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서 : 진료비세부내역서('건강보험심사평가원 진료 수가코드(EDI)' 필수 기재), 진료기록부, 진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

**제7조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제9조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 예시 : 48세의 피보험자가 5년만기로 80세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 53세, 58세 ~ 73세, 78세

⇒ 78세 갱신시점에서는 80세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 5년보다 짧아 5년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.

다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제10조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제11조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-46 간병인사용상해입원일당Ⅷ(181-365일)(간편건강고지)보장 특별약관 / 간병인사용상해입원일당Ⅷ(181-365일)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

간병인사용상해입원일당Ⅷ(181-365일)(간편건강고지)보장 및 간병인사용상해입원일당Ⅷ(181-365일)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관은 '상해간호간병통합서비스사용일당(요양,정신,한방병원제외)(181일이상,일반병동/재활병동)보장'과 '간병인사용상해입원일당(요양,정신,한방병원및의원제외)(181일이상)' 의 2개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

## 1-46-1 상해간호간병통합서비스사용일당(요양,정신,한방병원제외)(181일이상,일반병동/재활병동)보장

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접결과로 병원(요양병원, 정신병원 및 한방병원제외)에 181일 이상 계속입원하여 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용하여 일반병동 또는 재활병동에서 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 181일째 입원일로부터 간호·간병통합서비스를 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 각호의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 간호·간병통합서비스(일반병동/재활병동)사용 상해입원급여금(요양/정신/한방병원제외)(181일이상) 의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 간호 · 간병통합서비스(일반병동)사용상해입원급여금(요양/정신/한방병원제외)(181일이상) | 상해로 181일이상 계속입원하여 간호 · 간병통합서비스(일반병동)를 사용하여 치료를 받은 경우 | 181일째 입원일로부터 사용한 날에 대하여 1일당 이 보장의 보험가입금액(185일한도) |
| 2. 간호 · 간병통합서비스(재활병동)사용상해입원급여금(요양/정신/한방병원제외)(181일이상) | 상해로 181일이상 계속입원하여 간호 · 간병통합서비스(재활병동)를 사용하여 치료를 받은 경우 | 181일째 입원일로부터 사용한 날에 대하여 1일당 이 보장의 보험가입금액(185일 한도) |

**제2조 (병원 등의 정의)**

① 이 보장에서 '병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

② 이 보장에서 '요양병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

③ 이 보장에서 '정신병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 정신병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 정신병원을 말합니다.

④ 이 보장에서 '한방병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 한방병원을 말합니다.

⑤ 이 보장에서 '의원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 의원급 의료기관 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의원급 의료기관을 말합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)의 간호 · 간병통합서비스 사용 상해입원급여금(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

② 피보험자가 간호 · 간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호 · 간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호 · 간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호 · 간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 간호 · 간병통합서비스 사용 상해입원급여금(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)을 지급합니다.

③ 피보험자가 간호 · 간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호 · 간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호 · 간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간호 · 간병통합서비스 사용 상해입원급여금(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)을 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 간호 · 간병통합서비스 사용 상해입원급여금(요양/정신/한방병원제외)(181일이상) 을 지급하지 않습니다.

④ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.

⑤ 피보험자가 병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속 보장합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호 · 간병통합서비스 사용 상해입원급여금(요양/정신/한방병원제외)(181일이상) 의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제5조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다. 단, 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 제1항 제2호의 사고증명서는 서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류이어야 합니다.

**제6조 (보장의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.

다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제9조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제10조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 1-46-2 간병인사용상해입원일당(요양,정신,한방병원및의원제외)(181일이상)보장

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 상해의 직접결과로 병원(요양병원, 정신병원, 한방병원 및 의원제외)에 181일 이상 계속입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우에는 181일째 입원일로부터 간병인을 사용한 날에 대하여 1일당 상해입원간병인사용급여금(요양/정신/한방병원및의원제외)(181일이상)의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.
다만,상해입원간병인사용급여금(요양/정신/한방병원및의원제외)(181일이상)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급기준*(사용금액) | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 상해입원간병인사용급여금(요양/정신/한방병원및의원제외)(181일이상) | 상해로 병원(요양/정신/한방병원및의원제외)에 181일이상 계속입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우 | 8만원 미만 | 181일째 입원일로부터 간병인을 사용한 날에 대하여 1일당 이 보장의 보험가입금액의 50% (185일한도) |
| | | 8만원 이상 | 181일째 입원일로부터 간병인을 사용한 날에 대하여 1일당 이 보장의 보험가입금액의 100% (185일한도) |

※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.

※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병 사용 시작일자와 간병 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에는 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병

인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

**【 예시안내 】**

**< 간병인 사용일수에 따른 지급금액 계산 >**

· 보험계약일(보장개시일): 2024년 4월 1일, 보험가입금액 : 6만원
· 입원기간 및 간병인 사용일 예시
- 입원기간 : 2024년 5월 1일 ~ 2024년 11월 30일 (입원일수 214일)
- 간병인 사용일 및 사용금액
  사용1. 2024년 5월 10일 ~ 2024년 11월 20일 : 총 사용일수 195일, 사용금액 총 1,773만원
  ☞ (1일당 평균 8만원 이상에 해당) →
  가입금액 6만원 X 15일 (=195일-180일) = 90만원 지급
  사용2. 2024년 11월 22일 ~ 11월 26일 오전, 11월 27일 오후 ~ 11월 29일 :총 사용일수 8일, 사용금액 52만원
  ☞ (1일당 평균 8만원 미만에 해당) →
  가입금액 6만원 X 50% X 8일 = 24만원 지급
· 총 간병인사용입원일당 지급금액
: 간병인 사용일수 23일
보험금 90만원 + 24만원 = 114만원 지급

**제2조 (병원 등의 정의)**

① 이 보장에서 '병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

② 이 보장에서 '요양병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

③ 이 보장에서 '정신병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 정신병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 정신병원을 말합니다.

④ 이 보장에서 '한방병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 한방병원을 말합니다.

⑤ 이 보장에서 '의원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 의원급 의료기관 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의원급 의료기관을 말합니다.

**제3조 (입원의 정의와 장소)**

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

**【 유의사항 】**

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >
· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제4조 (간병인의 정의)**

① 이 보장에서 '간병인'이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체에서 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인

된 자에 한합니다.

② 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 '개인간병 및 유사서비스업' 또는 '개인간병인' 등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 '간병서비스'라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스의 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【 예시안내 】

< 간병인의 주요업무 >

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

、

**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유) 제1조를 적용합니다.

② 피보험자가 병원(요양병원,정신병원,한방병원및의원제외)에 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유)의 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

**제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제7조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.

1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다)
   다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

**제8조 (보장의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제9조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제10조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제11조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제12조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

# 2. 질병관련 특별약관

## 2-1 질병사망(간편건강고지)보장 특별약관 / 질병사망(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접결과로써 사망한 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. (이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 사망보험금 | 질병으로 사망한 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |

**제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유)의 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

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

**제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제4조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제5조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 이 특약에서 보장하지 않는 사유로 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제4조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제6조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >
갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세
⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제7조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-2 질병후유장해(간편건강고지)보장 특별약관 / 질병후유장해(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접결과로써 장해분류표([별표1] '장해분류표' 참조)에서 정한 장해지급률이 3% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다.)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 후유장해 보험금 | 질병으로 장해지급률이 3%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우 | 장해분류표에서 정한 지급률을 이 특약의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액의 50% 해당액 | 장해분류표에서 정한 지급률을 이 특약의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액 | |

**제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
다만, 장해분류표[별표1]에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내

③ 장해분류표[별표1]에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표[별표1]의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
다만, 장해분류표[별표1]의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다.
다만, 장해분류표[별표1]의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정하고, 이 전에 발생한 후유장해에 대한 후유장해지급률을 더하지 않습니다.
그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.
다만, 장해분류표[별표1]의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다음 각 호의 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.
1. 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았을 경우(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다)
2. 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우

【 예시안내 】

**< 장해지급률의 계산 예시 >**

보험가입 전 한 팔의 뼈에 기형(지급률 5%)이 있는 피보험자가 보험가입 후 한 팔의 손목 이상을 잃었을 경우(지급률 60%) 장해지급률 계산

• **장해지급률 = 55%**(보험가입 후 발생한 장해(60%)-보험가입 전 장해지급률(5%))

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

**제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제4조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제5조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제4조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제6조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제7조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-3 질병후유장해(50%이상)(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접결과로써 장해분류표([별표1] '장해분류표' 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | |
|---|---|---|---|
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 |
| 중증 후유장해 보험금 | 질병으로 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |

**제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
다만, 장해분류표[별표1]에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내

③ 장해분류표[별표1]에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표[별표1]의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
다만, 장해분류표[별표1]의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다.
다만, 장해분류표[별표1]의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정하고, 이 전에 발생한 후유장해에 대한 후유장해지급률을 더하지 않습니다.
그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.
다만, 장해분류표[별표1]의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다음 각 호의 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.

1. 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았을 경우(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다)
2. 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우

【 예시안내 】

**< 장해지급률의 계산 예시 >**

보험가입 전 한 팔의 뼈에 기형(지급률 5%)이 있는 피보험자가 보험가입 후 한 팔의 손목 이상을 잃었을 경우(지급률 60%) 장해지급률 계산

• **장해지급률 = 55%**(보험가입 후 발생한 장해(60%)-보험가입 전 장해지급률(5%))

**제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제4조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증후유장해보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제5조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제4조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제6조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-4 질병후유장해(50%이상,월지급형)(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접결과로써

장해분류표([별표1] '장해분류표' 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 최초 1회에 한하여 월지급액을 보험금 지급기간 동안 매월 지급사유 발생해당일(지급사유 발생일 포함)에 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

다만, 지급사유 발생해당일이 없을 경우에는 해당월의 말일을 지급사유 발생해당일로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급방법 | 1회 지급액 | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 |
| 중증 후유장해 보험금 | 질병으로 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우 | 보험금 지급기간 동안 월지급액을 매월 확정지급 | 월지급액의 50% 해당액 | 월지급액 |

② 이 특약에서 월지급액이라 함은 보험사고 발생시 보험금 지급기간 동안 보험회사가 매월 확정 지급하여야 할 금액으로 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

③ 이 특약에서 보험금 지급기간이라 함은 계약체결시 계약자가 선택한 월지급액의 지급기간으로 보험증권에 기재된 기간을 말합니다.

**제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

다만, 장해분류표[별표1]에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내

③ 장해분류표[별표1]에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표[별표1]의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

다만, 장해분류표[별표1]의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다.

다만, 장해분류표[별표1]의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정하고, 이 전에 발생한 후유장해에 대한 후유장해지급률을 더하지 않습니다.

그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.

다만, 장해분류표[별표1]의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다음 각 호의 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.

1. 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았을 경우(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유

장해를 포함합니다)

2. 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우

【 예시안내 】

**< 장해지급률의 계산 예시 >**

보험가입 전 한 팔의 뼈에 기형(지급률 5%)이 있는 피보험자가 보험가입 후 한 팔의 손목 이상을 잃었을 경우(지급률 60%)

장해지급률 계산

• **장해지급률 = 55%**(보험가입 후 발생한 장해(60%)-보험가입 전 장해지급률(5%))

⑧ 제1조(보험금의 지급사유)의 중증후유장해보험금은 보험수익자의 요청에 의하여 평균공시이율로 할인된 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

**제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제4조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증후유장해보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제5조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제4조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제6조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-5 질병후유장해(80%이상)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접결과로써 장해분류표([별표1] '장해분류표' 참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | |
|---|---|---|---|
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 |
| 고도 후유장해 보험금 | 질병으로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |

**제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를

기준으로 장해지급률을 결정합니다.
다만, 장해분류표(별표1)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내

③ 장해분류표(별표1)에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표1)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
다만, 장해분류표(별표1)의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다.
다만, 장해분류표(별표1)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정하고, 이 전에 발생한 후유장해에 대한 후유장해지급률을 더하지 않습니다.
그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.
다만, 장해분류표(별표1)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다음 각 호의 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.
1. 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았을 경우(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다)
2. 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우

【 예시안내 】

< 장해지급률의 계산 예시 >
보험가입 전 한 팔의 뼈에 기형(지급률 5%)이 있는 피보험자가 보험가입 후 한 팔의 손목 이상을 잃었을 경우(지급률 60%)
장해지급률 계산
• **장해지급률 = 55%**(보험가입 후 발생한 장해(60%)-보험가입 전 장해지급률(5%))

**제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**
이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제4조 (특약의 소멸)**
피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 고도후유장해보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제5조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**
① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
② 제1항 및 제4조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느

하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제6조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-6 질병후유장해(80%이상,월지급형)(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접결과로써 장해분류표([별표1] '장해분류표' 참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 최초 1회에 한하여 월지급액을 보험금 지급기간 동안 매월 지급사유 발생해당일(지급사유 발생일 포함)에 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

다만, 지급사유 발생해당일이 없을 경우에는 해당월의 말일을 지급사유 발생해당일로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급방법 | 1회 지급액 | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 |
| 고도 후유장해 보험금 | 질병으로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우 | 보험금 지급기간 동안 월지급액을 매월 확정지급 | 월지급액의 50% 해당액 | 월지급액 |

② 이 특약에서 월지급액이라 함은 보험사고 발생시 보험금 지급기간 동안 보험회사가 매월 확정 지급하여야 할 금액으로 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

③ 이 특약에서 보험금 지급기간이라 함은 계약체결시 계약자가 선택한 월지급액의 지급기간으로 보험증권에 기재된 기간을 말합니다.

**제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

다만, 장해분류표[별표1]에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내

③ 장해분류표[별표1]에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표[별표1]의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

다만, 장해분류표[별표1]의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에

이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다.
다만, 장해분류표[별표1]의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정하고, 이 전에 발생한 후유장해에 대한 후유장해지급률을 더하지 않습니다.
그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.
다만, 장해분류표[별표1]의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다음 각 호의 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 지급받은 후유장해보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.

1. 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았을 경우(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다)
2. 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우

【 예시안내 】

**< 장해지급률의 계산 예시 >**

보험가입 전 한 팔의 뼈에 기형(지급률 5%)이 있는 피보험자가 보험가입 후 한 팔의 손목 이상을 잃었을 경우(지급률 60%) 장해지급률 계산

- **장해지급률 = 55%**(보험가입 후 발생한 장해(60%)-보험가입 전 장해지급률(5%))

⑧ 제1조(보험금의 지급사유)의 고도후유장해보험금은 보험수익자의 요청에 의하여 평균공시이율로 할인된 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

**제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제4조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 고도후유장해보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제5조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제4조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제6조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-7 암진단Ⅱ(유사암제외)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후 '암'(유사암 제외)으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | |
|---|---|---|---|
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 |
| 암진단(유사암제외)보험금 | '암'('유사암'제외)으로 진단확정된 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |

**제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

③ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 '제자리암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '경계성종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ '암'('유사암' 제외)의 및 '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

**【 예시안내 】**

**< '제7항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

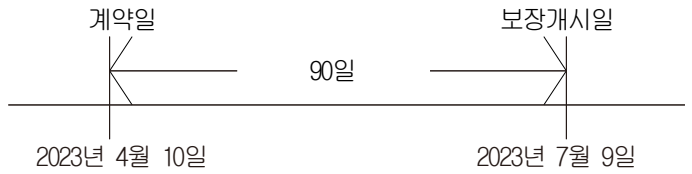
⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

### 제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 보장에서 '암'('유사암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '암'('유사암' 제외)에 대한 보장개시일 >




② 피보험자가 보험기간 중에 제1항의 보장개시일 이후 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제7조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

### 제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

### 제5조 (특약의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암'('유사암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'('유사암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로

하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단(유사암제외)보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'('유사암' 제외)에 대하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-8 암진단Ⅱ(유사암제외)(감액및면책기간미적용)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '암'(유사암 제외)으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 암진단(유사암제외) 보험금 | '암'('유사암'제외) 으로 진단확정된 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

**제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

③ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 '제자리암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '경계성종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ '암'('유사암' 제외)의 및 '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

**【 예시안내 】**

**< '제7항에 따른 진단방법이 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

**【 유의사항 】**

한국표준질병사인분류 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>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인

된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제6조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단(유사암제외)보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-9 암진단Ⅱ(유사암제외)(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '암'(유사암 제외)으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 암진단(유사암제외)보험금 | '암'('유사암'제외)으로 진단확정된 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |

**제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

③ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 '제자리암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '경계성종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ '암'('유사암' 제외)의 및 '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

**【 예시안내 】**

**< '제7항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

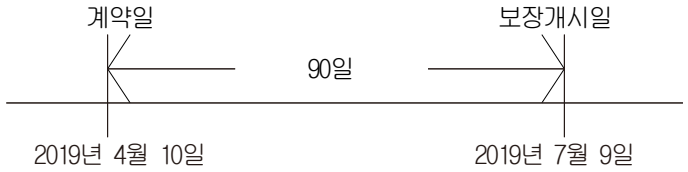
⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 보장에서 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 >




② 제1항에도 불구하고 제9조(특약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 제1항의 보장개시일 이후 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

다만, 회사가 제7조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'( '유사암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단(유사암제외)보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'( '유사암' 제외)에 대하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제9조 (특약의 자동갱신)**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신

계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >
갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세
⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.
⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제10조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.
② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제11조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-10 암진단Ⅱ(유사암제외)(감액및면책기간미적용)(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '암'(유사암 제외)으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 암진단(유사암제외) 보험금 | '암'('유사암'제외)으로 진단확정된 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

**제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
② 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.
③ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 ‘갑상선암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 ‘제자리암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] ‘제자리신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 ‘경계성종양’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ ‘암’(‘유사암’ 제외)의 및 ‘유사암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘암’(‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’(‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【 예시안내 】**

**< ‘제7항에 따른 진단방법이 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

**【 유의사항 】**

한국표준질병사인분류 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>

· ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

· ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

· ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급

사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제6조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단(유사암제외)보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (특약의 자동갱신)**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-11 유사암진단Ⅱ(양성뇌종양포함)(간편건강고지) 보장 특별약관 / 유사암진단Ⅱ(양성뇌종양포함)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '기타피부암', '갑상선암', '제자리암', '경계성종양' 및 '양성뇌종양'으로 진단확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 90일이내 | 계약일부터 90일초과 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 1. 기타피부암 진단보험금 | '기타피부암'으로 진단확정된 경우 | 이 특약 보험가입금액의 10% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |
| 2. 갑상선암 진단보험금 | '갑상선암'으로 진단확정된 경우 | | | | |
| 3. 제자리암 진단보험금 | '제자리암'으로 진단확정된 경우 | | | | |
| 4. 경계성종양 진단보험금 | '경계성종양'으로 진단확정된 경우 | | | | |
| 5. 양성뇌종양 진단보험금 | '양성뇌종양'으로 진단확정된 경우 | | | | |

**제2조 (기타피부암 등의 질병의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병 중 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병 중 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 '제자리암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 '경계성종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 '양성뇌종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표71] '유사암(양성뇌종양) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '유사암(양성뇌종양포함)'이라 함은 제1항에서 정한 '기타피부암', 제2항에서 정한 '갑상선암', 제3항에서 정한 '제자리암', 제4항에서 정한 '경계성종양' 및 제5항에서 정한 '양성뇌종양'을 총칭합니다.

⑦ '유사암(양성뇌종양포함)'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '유사암(양성뇌종양포함)'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '유사암(양성뇌종양포함)'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【 예시안내 】**

**< '제7항에 따른 진단방법이 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

**【 유의사항 】**

한국표준질병사인분류 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>

· '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

· '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급

사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제6조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

① 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 기타피부암진단보험금, 갑상선암진단보험금, 제자리암진단보험금, 경계성종양진단보험금 및 양성뇌종양진단보험금의 지급사유가 모두 발생한 경우에는 이 특약은 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항 이외에도 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**
갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세
⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않

으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-12 유사암진단Ⅱ(양성뇌종양포함)(감액및면책기간미적용)(간편건강고지)보장 특별약관 / 유사암진단Ⅱ(양성뇌종양포함)(감액및면책기간미적용)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '기타피부암', '갑상선암', 제자리암', '경계성종양' 및 '양성뇌종양'으로 진단확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 기타피부암진단보험금 | '기타피부암'으로 진단확정된 경우 | 이 특약 보험 가입금액 |
| 2. 갑상선암진단보험금 | '갑상선암'으로 진단확정된 경우 | |
| 3. 제자리암진단보험금 | '제자리암'으로 진단확정된 경우 | |
| 4. 경계성종양진단보험금 | '경계성종양'으로 진단확정된 경우 | |
| 5. 양성뇌종양진단보험금 | '양성뇌종양'으로 진단확정된 경우 | |

**제2조 (기타피부암 등의 질병의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병 중 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병 중 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 '제자리암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 '경계성종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 '양성뇌종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표71] '유사암(양성뇌종양) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '유사암(양성뇌종양포함)'이라 함은 제1항에서 정한 '기타피부암', 제2항에서 정한 '갑상선암', 제3항에서 정한 '제

자리암’, 제4항에서 정한 ‘경계성종양’ 및 제5항에서 정한 ‘양성뇌종양’을 총칭합니다.

⑦ ‘유사암(양성뇌종양포함)’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘유사암(양성뇌종양포함)’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘유사암(양성뇌종양포함)’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

**< ‘제7항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

· ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

· ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

· ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급

사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제6조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

① 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 기타피부암진단보험금, 갑상선암진단보험금, 제자리암진단보험금, 경계성종양진단보험금 및 양성뇌종양진단보험금의 지급사유가 모두 발생한 경우에는 이 특약은 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항 이외에도 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않

으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-13 재진단암진단Ⅱ(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후 '재진단암'('기타피부암', '갑상선암', '전립선암', 제외)으로 진단확정된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 재진단암 진단보험금 | '재진단암'('기타피부암', '갑상선암', '전립선암' 제외)으로 진단확정된 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

**제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 '전립선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 전립선의 악성신생물(암)(분류번호 C61)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제2항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제6항에서 정한 '제자리암' 및 제7항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

⑥ 이 특약에서 '제자리암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ 이 특약에서 '경계성종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

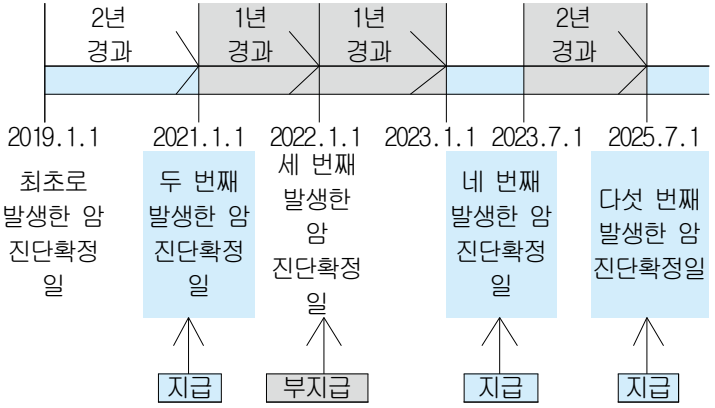
⑧ 이 특약에서 '재진단암'('기타피부암', '갑상선암', '전립선암' 제외)이라 함은 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서

정한 ‘재진단암’에 대한 보장개시일 이후 진단확정된 다음 각 호의 ‘암’을 말합니다.
다만, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘전립선암’은 제외합니다.

1. 새로운 원발암
2. 동일 장기 또는 타부위에 전이된 암
3. 동일 장기에 재발된 암
4. ‘암’(‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일 이후 발생한 ‘암’(‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘전립선암’ 제외) 진단부위에 ‘암’ 세포가 남아 있는 경우

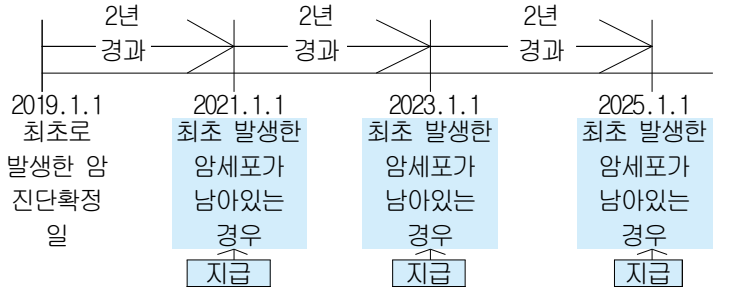
**< 예시1 : 제8항 제1호 내지 제3호의 예시 >**

새로운 원발암, 동일 장기 또는 타부위 전이암, 동일 장기에 재발암(‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘전립선암’ 제외)



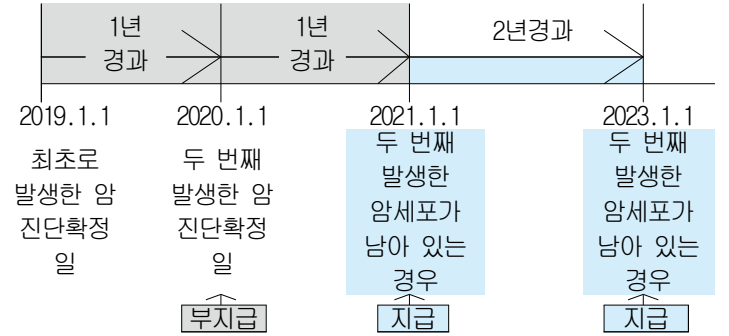

**< 예시2 : 제8항 제4호의 예시 >**

최초로 발생한 ‘암’(‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘전립선암’ 제외) 진단부위에 ‘암’ 세포가 남아 있는 경우




**< 예시3 : 제8항 제4호의 예시 >**

‘암’(‘유사암’ 제외) 보장개시일 이후 발생한 ‘암’(‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘전립선암’ 제외) 진단부위에 ‘암’ 세포가 남아 있는 경우




⑨ ‘암’(‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초

로 하여야 합니다. 이 경우 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑩ 제9항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑪ '재진단암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '재진단암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑫ 제11항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '재진단암' 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적 암치료)는 제외합니다.

【 예시안내 】

**<보조적 또는 예방적 암치료 예시>**
- 혈액암의 완전관해(Complete remission)상태에서의 치료
- 추적관찰을 위한 치료

【 예시안내 】

**< '제9항 및 제11항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>
- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑬ 제9항 내지 제11항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (항암방사선치료 등의 정의)**

① 이 특약에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는

치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

**제4조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함됩니다.

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

④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

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

**【 예시안내 】**

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

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

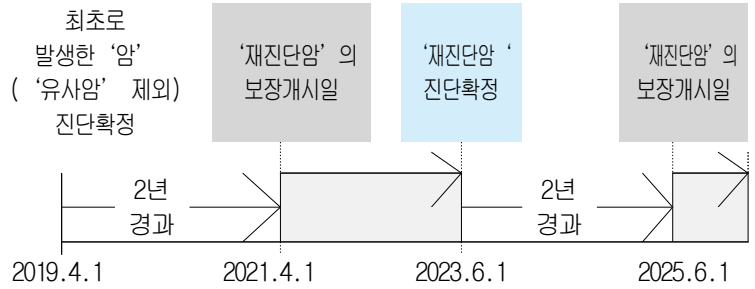
**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '재진단암'('기타피부암', '갑상선암', '전립선암' 제외)에 대한 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.(이하 '재진단암'('기타피부암', '갑상선암', '전립선암' 제외)은 '재진단암'이라 합니다)

1. 첫 번째 재진단암 : 최초로 발생한 '암'('유사암' 제외) 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날
2. 두 번째 이후 재진단암 : 직전 재진단암 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날

【 예시안내 】

< '재진단암' 에 대한 보장개시일 >

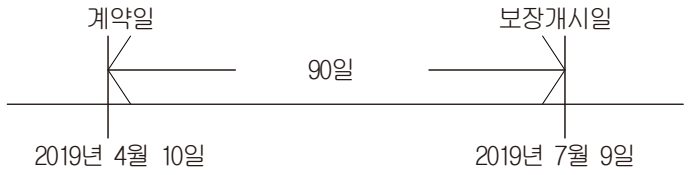



② 제1항에서 최초로 발생한 '암'( '유사암' 제외)이라 함은 이 특별약관의 보험기간 중에 제3항에서 정한 보장개시일 이후 최초로 '암'( '유사암' 제외)으로 진단확정된 경우를 말합니다.

③ 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특별약관에서 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '암'( '유사암 ' 제외)에 대한 보장개시일 >




④ 피보험자가 보험기간 중에 제1항의 보장개시일 이후 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

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

### 제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)의 재진단암진단보험금 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일부터 2년 내에 제2조(암 등의 정의 및 진단확정) 제8항 제1호 내지 제4호의 '암'으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

### 제7조 (특약의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에서 정한 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 최초로 발생한 '암'( '유사암' 제외)으로 진단 확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

### 제8조 (특약의 소멸)

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 회사는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산한 계약자적립액 및 미경과보험료가 있는 경우 이를 지급합니다.

또한, 회사는 이를 계약자 및 피보험자에게 알려 드립니다.

1. 잔여보험기간이 그 날을 포함하여 2년이 되는 날까지 피보험자가 '암'( '유사암' 제외)으로 진단확정되지 않은 경우
2. 피보험자가 '재진단암'으로 진단확정되고, 보험기간종료일이 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년이내인 경우

② 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제9조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제8조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제10조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'( '유사암' 제외)에 대하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제11조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-14 재진단암진단(기타피부암및갑상선암)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '재진단 기타피부암 및 갑상선암'으로 진단확정된 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 재진단 기타피부암 및 갑상선암 진단보험금 | '재진단 기타피부암 및 갑상선암'으로 진단확정된 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

## 제2조 (재진단 기타피부암 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병 중 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

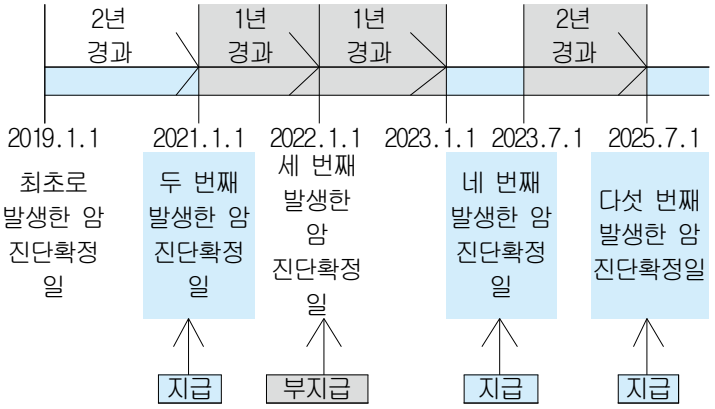
② 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병 중 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 '재진단 기타피부암 및 갑상선암'이라 함은 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후 진단확정된 다음 각 호의 '암'을 말합니다.

1. 새로운 원발암
2. 동일 장기 또는 타부위에 전이된 암
3. 동일 장기에 재발된 암
4. 보험기간 중에 발생한 '기타피부암 및 갑상선암' 진단부위에 '기타피부암 및 갑상선암' 세포가 남아있는 경우

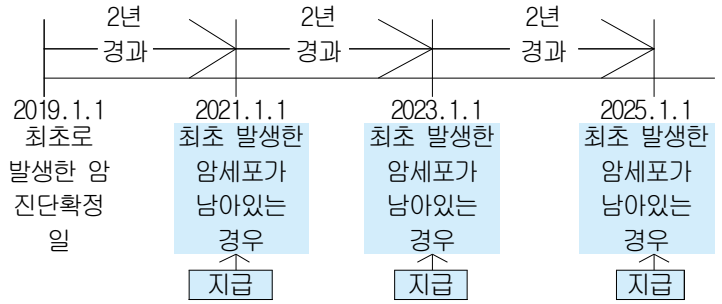
**< 예시1 : 제3항 제1호 내지 제3호의 예시 >**

새로운 원발암, 동일 장기 또는 타부위 전이암, 동일 장기에 재발암('기타피부암', '갑상선암')



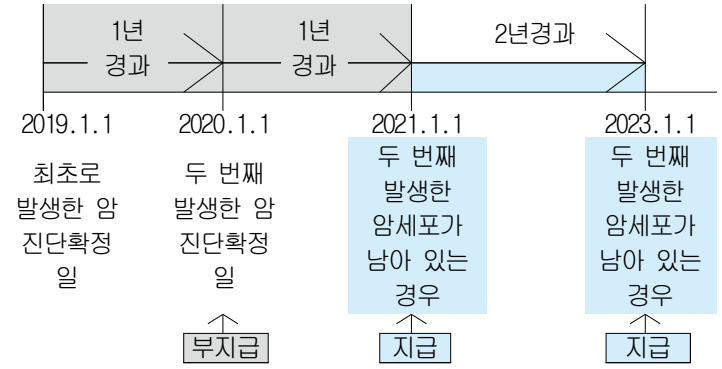

**< 예시2 : 제3항 제4호의 예시 >**

최초로 발생한 '기타피부암', '갑상선암' 진단부위에 '암' 세포가 남아 있는 경우




**< 예시3 : 제3항 제4호의 예시 >**

보험기간 중에 발생한 '기타피부암' 및 '갑상선암' 진단부위에 '암' 세포가 남아 있는 경우




④ 제3항에서 '새로운 원발암'이란 원발부위에 발생한 '기타피부암 및 갑상선암'으로 '첫번째 기타피부암 및 갑상선암' 또는 '재진단 기타피부암 및 갑상선암'과 다른 조직병리학적 특성을 가진 '기타피부암 및 갑상선암'을 말합니다.

⑤ 제3항에서 ‘전이암’이란 원발부위에 발생한 ‘기타피부암 및 갑상선암’의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 ‘기타피부암 및 갑상선암’을 말합니다.

⑥ 제3항에서 ‘재발암’이란 ‘첫 번째 기타피부암 및 갑상선암’ 또는 ‘재진단 기타피부암 및 갑상선암’과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathogical Appearance)을 가진 ‘기타피부암 및 갑상선암’으로서 치료를 통해 몸에서 첫 번째 기타피부암 및 갑상선암’ 또는 ‘재진단 기타피부암 및 갑상선암’의 암세포를 제거한 후 그 ‘첫 번째 기타피부암 및 갑상선암’ 또는 ‘재진단 기타피부암 및 갑상선암’으로 인하여 새롭게 ‘기타피부암 및 갑상선암’이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 ‘기타피부암 및 갑상선암’을 말합니다.

⑦ ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑨ ‘재진단 기타피부암 및 갑상선암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘재진단 기타피부암 및 갑상선암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑩ 제9항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘재진단 기타피부암 및 갑상선암’ 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적 암치료)는 제외합니다.

**【 예시안내 】**

**<보조적 또는 예방적 암치료 예시>**
- 혈액암의 완전관해(Complete remission)상태에서의 치료
- 추적관찰을 위한 치료

**【 예시안내 】**

**< ‘제7항 및 제9항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 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>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑪ 제7항 내지 제9항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

### 제3조 (항암방사선치료 등의 정의)

① 이 특약에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

### 제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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

④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【 용어해설 】

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

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>
· 체외 충격파 쇄석술
· 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
· 절개 또는 배농술
· 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
· 전기소작술
· IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

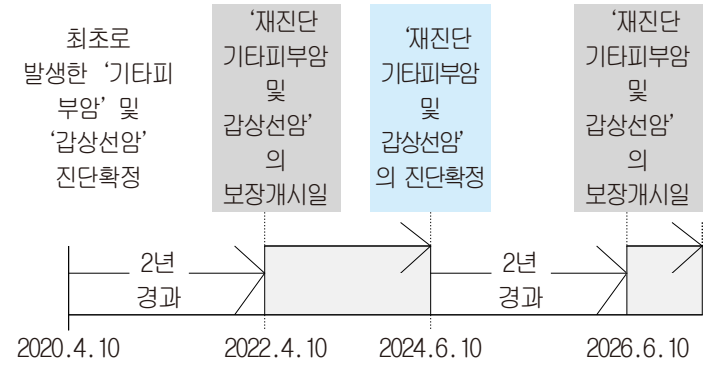
**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '재진단 기타피부암 및 갑상선암'에 대한 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 첫 번째 재진단 기타피부암 및 갑상선암 : 최초로 발생한 '기타피부암' 및 '갑상선암' 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날
2. 두번째 이후 재진단 기타피부암 및 갑상선암 : 직전 '재진단 기타피부암 및 갑상선암' 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날

【 예시안내 】

< '재진단암' 에 대한 보장개시일 >




② 제1항에서 최초로 발생한 '기타피부암' 및 '갑상선암'이라 함은 이 특별약관의 보험기간 중에 최초로 '기타피부암' 및 '갑상선암'으로 진단확정된 경우를 말합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 제1항의 보장개시일 이후 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

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

**제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)의 '재진단 기타피부암 및 갑상선암 진단보험금' 지급사유가 발생하고 해당 지급사유

발생일부터 2년 내에 제2조(재진단 기타피부암 등의 정의 및 진단확정) 제3항 제1호 내지 제4호의 '재진단 기타피부암 및 갑상선암'으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

**제7조 (특약의 소멸)**

① 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 회사는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산한 계약자적립액 및 미경과보험료가 있는 경우 이를 지급합니다.
또한, 회사는 이를 계약자 및 피보험자에게 알려 드립니다.

1. 잔여보험기간이 그 날을 포함하여 2년이 되는 날까지 피보험자가 '기타피부암' 및 '갑상선암'으로 진단확정되지 않은 경우
2. 피보험자가 '재진단 기타피부암 및 갑상선암'으로 진단확정되고, 보험기간종료일이 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년이내인 경우

② 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-15 특정암진단(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후 '특정암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 특정암<br>진단보험금 | '특정암'으로<br>진단확정된 경우 | 이 특약의<br>보험가입금액 |

**제2조 (특정암의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '특정암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표46] '특정암 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 식도의 악성신생물 | C15 |
| 2. 간 및 간내 담관의 악성신생물 | C22 |
| 3. 담낭의 악성신생물 | C23 |
| 4. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물 | C24 |
| 5. 췌장의 악성신생물 | C25 |
| 6. 기관의 악성신생물 | C33 |
| 7. 기관지 및 폐의 악성신생물 | C34 |
| 8. 골 및 관절연골의 악성신생물 | C40 ~ C41 |
| 9. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물 | C70 ~ C72 |
| 10. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물 | C81 ~ C96 |
| 11. 만성 골수증식질환 | D47.1 |
| 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군) | D47.5 |

② '특정암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '특정암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '특정암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

**< '제2항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

· '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

· '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

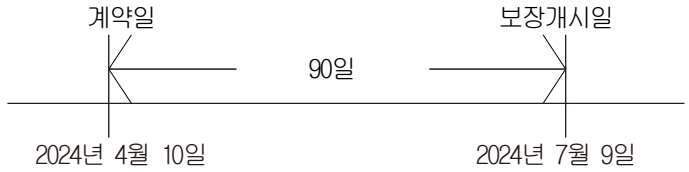
④ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 보장에서 '특정암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '특정암' 에 대한 보장개시일 >




② 피보험자가 보험기간 중에 제1항의 보장개시일 이후 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제7조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

### 제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

### 제5조 (특약의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '특정암' 에 대한 보장개시일 전일 이전에 '특정암' 으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

### 제6조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정암진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

### 제8조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '특정암'에 대하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-16 위암진단(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후 '위암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 위암<br>진단보험금 | '위암'으로<br>진단확정된 경우 | 이 특약의<br>보험가입금액 |

**제2조 (위암의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '위암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표60] '위암 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② '위암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '위암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '위암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【 예시안내 】**

**< '제2항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

· '갑상선암(C73)' 과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)' 로 진단된 경우 '갑상선암(C73)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.
· '유방의 악성신생물(C50)' 이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)' 로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.
· '위의 악성신생물(C16)' 이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)' 로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

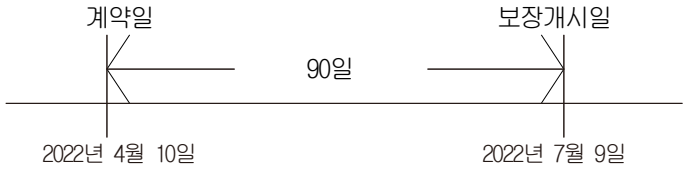
④ 제2항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 보장에서 '위암' 에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '위암' 에 대한 보장개시일 >




② 피보험자가 보험기간 중에 제1항의 보장개시일 이후 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제7조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '위암' 에 대한 보장개시일 전일 이전에 '위암' 으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 위암진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '위암'에 대하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-17 폐암진단(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후 '폐암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 폐암<br>진단보험금 | '폐암'으로<br>진단확정된 경우 | 이 특약의<br>보험가입금액 |

**제2조 (폐암의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '폐암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표61] '폐암 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② '폐암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '폐암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '폐암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【 예시안내 】**

**< '제2항에 따른 진단방법이 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

**【 유의사항 】**

한국표준질병사인분류 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>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

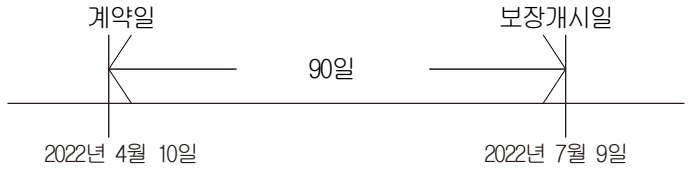
④ 제2항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 보장에서 '폐암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '폐암' 에 대한 보장개시일 >




② 피보험자가 보험기간 중에 제1항의 보장개시일 이후 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제7조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

### 제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

### 제5조 (특약의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '폐암' 에 대한 보장개시일 전일 이전에 '폐암' 으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

### 제6조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 폐암진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

### 제8조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '폐암'에 대하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-18 간/담낭/담도/췌장암진단(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후 '간/담낭/담도/췌장암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 간/담낭/담도/췌장암진단보험금 | '간/담낭/담도/췌장암'으로 진단확정된 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

**제2조 (간/담낭/담도/췌장암의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '간/담낭/담도/췌장암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표62] '간/담낭/담도/췌장암 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② '간/담낭/담도/췌장암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '간/담낭/담도/췌장암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '간/담낭/담도/췌장암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【 예시안내 】**

**< '제2항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

· ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
· ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
· ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

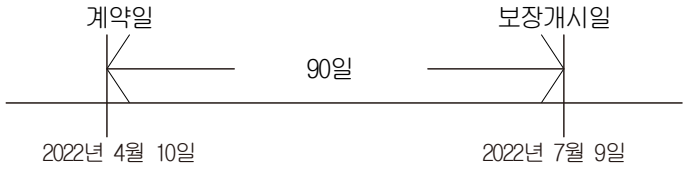
④ 제2항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 보장에서 ‘간/담낭/담도/췌장암’에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다..

【 예시안내 】

< ‘간/담낭/담도/췌장암’ 에 대한 보장개시일 >




② 피보험자가 보험기간 중에 제1항의 보장개시일 이후 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제7조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘간/담낭/담도/췌장암’에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘간/담낭/담도/췌장암’으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로

하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 간/담낭/담도/췌장암 진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '간/담낭/담도/췌장암'에 대하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-19 비뇨기관(신장/방광/요관)암진단(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후 '비뇨기관(신장/방광/요관)암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 비뇨기관(신장/방광/요관)암진단보험금 | '비뇨기관(신장/방광/요관)암'으로 진단확정된 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

**제2조 (비뇨기관(신장/방광/요관)암의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '비뇨기관(신장/방광/요관)암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표63] '비뇨기관(신장/방광/요관)암 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② '비뇨기관(신장/방광/요관)암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '비뇨기관(신장/방광/요관)'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '비뇨기관(신장/방광/요관)암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【 예시안내 】**

**< '제2항에 따른 진단방법이 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

**【 유의사항 】**

한국표준질병사인분류 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>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

④ 제2항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

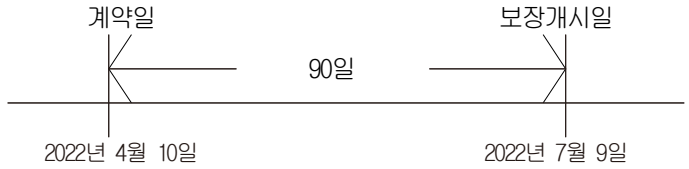
**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '비뇨기관(신장/방광/요관)암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난

날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '비뇨기관(신장/방광/요관)암' 에 대한 보장개시일 >




② 피보험자가 보험기간 중에 제1항의 보장개시일 이후 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제7조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

### 제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

### 제5조 (특약의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '비뇨기관(신장/방광/요관)암' 에 대한 보장개시일 전일 이전에 '비뇨기관(신장/방광/요관)암' 으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

### 제6조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 비뇨기관(신장/방광/요관)암진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

### 제8조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한

때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '비뇨기관(신장/방광/요관)암'에 대하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-20 대장/소장/항문암진단(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후 '대장/소장/항문암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 대장/소장/항문암진단보험금 | '대장/소장/항문암'으로 진단확정된 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

**제2조 (대장/소장/항문암의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '대장/소장/항문암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표64] '대장/소장/항문암 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② '대장/소장/항문암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '대장/소장/항문암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '대장/소장/항문암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【 예시안내 】**

**< '제2항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

· '갑상선암(C73)' 과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)' 로 진단된 경우 '갑상선암(C73)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.
· '유방의 악성신생물(C50)' 이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)' 로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.
· '위의 악성신생물(C16)' 이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)' 로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

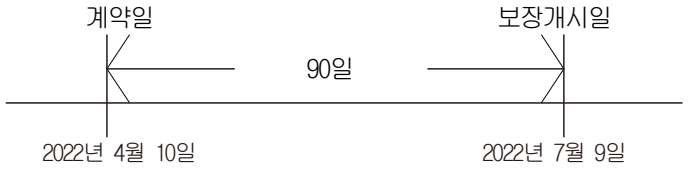
④ 제2항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

### 제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '대장/소장/항문암' 에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '대장/소장/항문암' 에 대한 보장개시일 >




② 피보험자가 보험기간 중에 제1항의 보장개시일 이후 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제7조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

### 제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

### 제5조 (특약의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '대장/소장/항문암' 에 대한 보장개시일 전일 이전에 '대장/소장/항문암' 으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며

이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 대장/소장/항문암진단 보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '대장/소장/항문암'에 대하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-21 3대암진단(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후 '3대암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 3대암진단보험금 | '3대암'으로 진단확정된 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

**제2조 (3대암의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '3대암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표65] '3대암 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② '3대암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '3대암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '3대암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【 예시안내 】**

**< '제2항에 따른 진단방법이 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

**【 유의사항 】**

한국표준질병사인분류 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>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

④ 제2항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '3대암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '3대암' 에 대한 보장개시일 >

② 피보험자가 보험기간 중에 제1항의 보장개시일 이후 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제7조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

### 제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

### 제5조 (특약의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '3대암' 에 대한 보장개시일 전일 이전에 '3대암' 으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

### 제6조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 3대암진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

### 제8조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '3대암'에 대하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-22 중증갑상선암진단(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후 '중증갑상선암'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 중증갑상선암 진단보험금 | '중증갑상선암'으로 진단 확정된 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

**제2조( '갑상선암' 및 '중증갑상선암'의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병 중 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말하며, '중증갑상선암'이라 함은 '갑상선암' 중에서 '수질성암(Medullary carcinoma)' 또는 '역형성암(Anaplastic carcinoma)'에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② '갑상선암' 및 '중증갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '갑상선암' 및 '중증갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '갑상선암' 및 '중증 갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

**< '제2항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 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>

· '갑상선암(C73)' 과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)' 로 진단된 경우 '갑상선암(C73)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.

· '유방의 악성신생물(C50)' 이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)' 로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

④ 제2항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '중증갑상선암' 에 대한 보장

개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '중증갑상선암' 에 대한 보장개시일 >

② 피보험자가 보험기간 중에 제1항의 보장개시일 이후 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제7조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

### 제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

### 제5조 (특약의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '중증갑상선암' 에 대한 보장개시일 전일 이전에 '중증갑상선암' 으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

### 제6조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증갑상선암진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

### 제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약)보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '중증갑상선암'에 대하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

### 제9조 (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 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다.
다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서 계약자는 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

**【 유의사항 】**

**< 계약자의 보험수익자 변경 통지 >**

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

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

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제10조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

**【 유의사항 】**

**< 보험가입금액 등의 감액시 환급금 >**

보험가입금액, 보험료 등의 감액시 환급금이 없거나 최초가입시 안내한 만기해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

### 제10조 (해약환급금)

① 이 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산합니다.

② 제1항의 해약환급금은 보험료의 자동대출납입에 따라 납입된 보험료

와 이자, 보험계약대출에 따른 보험계약대출원금과 이자가 있는 경우 이를 차감한 금액을 지급합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보통약관 [부표1] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

⑤ 보통약관 제41조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

**제11조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-23 전이암진단(최초1회한)(간편건강고지)보장 특별약관

전이암진단(최초1회한)(간편건강고지)보장 특별약관(이하 '특약'이라 합니다.)은 '림프절전이암진단(최초1회한)' 및 '특정전이암진단(최초1회한)'의 2개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후 '전이암'으로 진단 확정된 경우에는 전이암 구분(림프절전이암 또는 특정전이암)에 따라 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 림프절전이암 진단보험금 | '림프절전이암'으로 진단 확정된 경우 | '림프절전이암진단(최초1회한)' 보장의 보험가입금액 |
| 2. 특정전이암 진단보험금 | '특정전이암'으로 진단 확정된 경우 | '특정전이암진단(최초1회한)' 보장의 보험가입금액 |

**제2조 ('전이암' 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '전이암'이라 함은 제2항에서 정한 '림프절전이암' 및 제3항에서 정한 '특정전이암'을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '림프절전이암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표76] '전이암 분류표'에서 정한 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 '특정전이암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표76] "전이암 분류표"에서 정한 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)) 및 C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))을 말합니다.

④ '전이암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '전이암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '전이암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록

또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< '제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '전이암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '전이암'에 대한 보장개시일 >

② 피보험자가 보험기간 중에 제1항의 보장개시일 이후 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제7조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '전이암'에 대한 보장개시일 전일 이전에 '전이암'으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

① 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 림프절전이암진단보험금 및 특정전이암진단보험금에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 회사는 소멸되는 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 림프절전이암진단보험금 및 특정전이암진단보험금의 지급사유가 모두 발생한 경우에는 이 특약은 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 효력이 없습니다.

③ 제1항 이외에도 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효

력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약)보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '전이암'에 대하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-24 전이암진단(최초1회한)(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관

전이암진단(최초1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관(이하 '특약'이라 합니다.)은 '림프절전이암진단(최초1회한)' 및 '특정전이암진단(최초1회한)'의 2개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '전이암'으로 진단 확정된 경우에는 전이암 구분(림프절전이암 또는 특정전이암)에 따라 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 림프절전이암 진단보험금 | '림프절전이암'으로 진단 확정된 경우 | '림프절전이암진단(최초1회한)' 보장의 보험가입금액 |
| 2. 특정전이암 진단보험금 | '특정전이암'으로 진단 확정된 경우 | '특정전이암진단(최초1회한)' 보장의 보험가입금액 |

**제2조 ( '전이암' 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '전이암'이라 함은 제2항에서 정한 '림프절전이암' 및 제3항에서 정한 '특정전이암'을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '림프절전이암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표76] '전이암 분류표'에서 정한 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 '특정전이암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표76] "전이암 분류표"에서 정한 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)) 및 C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))을 말합니다.

④ '전이암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '전이암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '전이암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

**< '제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '전이암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

**< '전이암'에 대한 보장개시일 >**

② 제1항에도 불구하고 제9조(특약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '전이암'에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 제1항의 보장개시일 이후 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

다만, 회사가 제7조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

### 제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

### 제5조 (특약의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '전이암'에 대한 보장개시일 전일 이전에 '전이암'으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

### 제6조 (특약의 소멸)

① 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 림프절전이암진단보험금 및 특정전이암진단보험금에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 회사는 소멸되는 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 림프절전이암진단보험금 및 특정전이암진단보험금의 지급사유가 모두 발생한 경우에는 이 특약은 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 효력이 없습니다.

③ 제1항 이외에도 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

### 제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약)보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '전이암'에 대하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제9조 (특약의 자동갱신)**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약' 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이' 라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**
갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세
⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제10조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제11조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-25 항암방사선치료Ⅱ(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'으로 진단확정되고, 그 '암'( '유사암' 제외) 또

는 ‘유사암’의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)
다만, 피보험자가 ‘암’(‘유사암’ 제외)으로 제1호의 암(‘유사암’ 제외)의 항암방사선치료보험금을 지급받은 이후에 진단 받은 ‘유사암’은 항암방사선치료보험금을 지급하지 않습니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | |
|---|---|---|---|
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 |
| 1. 암(‘유사암’ 제외)의 항암방사선치료보험금 | ‘암’(‘유사암’ 제외)으로 항암방사선치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |
| 2. 기타피부암의 항암방사선치료보험금 | ‘기타피부암’으로 항암방사선치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 10% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액 |
| 3. 갑상선암의 항암방사선치료보험금 | ‘갑상선암’으로 항암방사선치료를 받은 경우 | | |
| 4. 제자리암의 항암방사선치료보험금 | ‘제자리암’으로 항암방사선치료를 받은 경우 | | |
| 5. 경계성종양의 항암방사선치료보험금 | ‘경계성종양’으로 항암방사선치료를 받은 경우 | | |

**제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 ‘암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 ‘유사암’이라 함은 제3항에서 정한 ‘기타피부암’, 제4항에서 정한 ‘갑상선암’, 제5항에서 정한 ‘제자리암’ 및 제6항에서 정한 ‘경계성종양’을 총칭합니다.

③ 이 특약에서 ‘기타피부암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 ‘갑상선암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 ‘제자리암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] ‘제자리신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 ‘경계성종양’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ ‘암’(‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘암’(‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’(‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

**< '제7항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

· '갑상선암(C73)' 과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)' 로 진단된 경우 '갑상선암(C73)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.

· '유방의 악성신생물(C50)' 이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)' 로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (항암방사선치료의 정의)**

이 특약에서 '항암방사선치료' 라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을

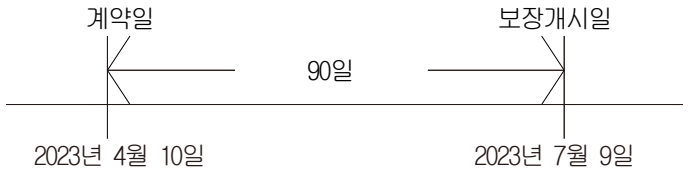
말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
다만, '유사암'에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 관계없이 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

< '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 >




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.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 암( '유사암' 제외)의 항암방사선치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'( '유사암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제9조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한

때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'('유사암' 제외)에 대하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

### 제10조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-26 항암방사선치료Ⅱ(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

### 제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'으로 진단확정되고, 그 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)
다만, 피보험자가 '암'('유사암' 제외)으로 제1호의 암('유사암' 제외)의 항암방사선치료보험금을 지급받은 이후에 진단 받은 '유사암'은 항암방사선치료보험금을 지급하지 않습니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약일 기준 | | 갱신계약 |
| | | 1년미만 | 1년이상 | |
| 1. 암('유사암' 제외)의 항암방사선치료보험금 | '암'('유사암' 제외)으로 항암방사선치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |
| 2. 기타피부암의 항암방사선치료보험금 | '기타피부암'으로 항암방사선치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 10% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액 | |
| 3. 갑상선암의 항암방사선치료보험금 | '갑상선암'으로 항암방사선치료를 받은 경우 | | | |
| 4. 제자리암의 항암방사선치료보험금 | '제자리암'으로 항암방사선치료를 받은 경우 | | | |
| 5. 경계성종양의 항암방사선치료보험금 | '경계성종양'으로 항암방사선치료를 받은 경우 | | | |

### 제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서

[별표11] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 ‘유사암’이라 함은 제3항에서 정한 ‘기타피부암’, 제4항에서 정한 ‘갑상선암’, 제5항에서 정한 ‘제자리암’ 및 제6항에서 정한 ‘경계성종양’을 총칭합니다.

③ 이 특약에서 ‘기타피부암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 ‘갑상선암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 ‘제자리암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] ‘제자리신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 ‘경계성종양’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ ‘암’(‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘암’(‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’(‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【 예시안내 】**

**< ‘제7항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (항암방사선치료의 정의)**

이 특약에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 갱신계약에서 피보험자에게 '유사암'으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험금이 지급된 '유사암'과 동일한 질병인 경우(갱신 전 계약에서 이미 보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단확정되어 보험금이 지급된 '유사암'이라 하더라도, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.

【 유의사항 】

추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 해당 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

③ 제2항의 '보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암'('유사암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

다만, '유사암'에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

< '암' ( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 >

⑤ 제4항에도 불구하고 제9조(특약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암' ( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

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

### 제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

### 제6조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 암( '유사암' 제외)의 항암방사선치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제7조 (특약의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암' ( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암' ( '유사암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

### 제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

### 제9조 (특약의 자동갱신)

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약

의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

**< 예시 : 48세의 피보험자가 5년만기로 80세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 53세, 58세 ~ 73세, 78세

⇒ 78세 갱신시점에서는 80세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 5년보다 짧아 5년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제10조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제11조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암' ( '유사암' 제외)에 대하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제12조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-27 항암방사선치료Ⅱ(감액및면책기간미적용)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'으로 진단확정되고, 그 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 아래 각호의 보험금을 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

다만, 피보험자가 '암'('유사암' 제외)으로 암의 항암방사선치료보험금을 지급받은 이후에 진단 받은 '유사암'은 항암방사선치료보험금을 지급하지 않습니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 암(유사암 제외)의 항암방사선치료보험금 | '암'('유사암' 제외)으로 항암방사선치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |
| 2. 기타피부암의 항암방사선치료보험금 | '기타피부암'으로 항암방사선치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액 |
| 3. 갑상선암의 항암방사선치료보험금 | '갑상선암'으로 항암방사선치료를 받은 경우 | |
| 4. 제자리암의 항암방사선치료보험금 | '제자리암'으로 항암방사선치료를 받은 경우 | |
| 5. 경계성종양의 항암방사선치료보험금 | '경계성종양'으로 항암방사선치료를 받은 경우 | |

**제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

③ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 '제자리암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '경계성종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

【 예시안내 】

**< '제7항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

· '갑상선암(C73)' 과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)' 로 진단된 경우 '갑상선암(C73)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.

· '유방의 악성신생물(C50)' 이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)' 로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (항암방사선치료의 정의)**

이 특약에서 '항암방사선치료' 라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을

말합니다.

**제4조 (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.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 암의 항암방사선치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-28 항암방사선치료Ⅱ(감액및면책기간미적용)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'으로 진단확정되고, 그 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 아래 각호의 보험금을 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

다만, 피보험자가 '암'('유사암' 제외)으로 암('유사암' 제외)의 항암방사선치료보험금을 지급받은 이후에 진단 받은 '유사암'은 항암방사선치료보험금을 지급하지 않습니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 암('유사암' 제외)의 항암방사선치료보험금 | '암'('유사암' 제외)으로 항암방사선치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |
| 2. 기타피부암의 항암방사선치료보험금 | '기타피부암'으로 항암방사선치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액 |
| 3. 갑상선암의 항암방사선치료보험금 | '갑상선암'으로 항암방사선치료를 받은 경우 | |
| 4. 제자리암의 항암방사선치료보험금 | '제자리암'으로 항암방사선치료를 받은 경우 | |
| 5. 경계성종양의 항암방사선치료보험금 | '경계성종양'으로 항암방사선치료를 받은 경우 | |

**제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

③ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 '제자리암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '경계성종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

**【 예시안내 】**

**< '제7항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

### 제3조 (항암방사선치료의 정의)

이 특약에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

### 제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 갱신계약에서 피보험자에게 '유사암'으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험금이 지급된 '유사암'과 동일한 질병인 경우(갱신 전 계약에서 이미 보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단확정되어 보험금이 지급된 '유사암'이라 하더라도, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.

【 유의사항 】

추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 해당 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

③ 제2항의 '보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

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

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암( '유사암' 제외)의 항암방사선치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (특약의 자동갱신)**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 예시 : 48세의 피보험자가 5년만기로 80세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 53세, 58세 ~ 73세, 78세

⇒ 78세 갱신시점에서는 80세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 5년 보다 짧아 5년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제9조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를

공제할 수 있습니다.

**제10조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제11조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-29 항암방사선치료Ⅱ(치료당)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'으로 진단확정되고, 그 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 치료당 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 암(유사암제외)의 항암방사선 치료보험금 | '암'('유사암' 제외)으로 항암방사선치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |
| 2. 기타피부암의 항암방사선 치료보험금 | '기타피부암'으로 항암방사선치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액 |
| 3. 갑상선암의 항암방사선 치료보험금 | '갑상선암'으로 항암방사선치료를 받은 경우 | |
| 4. 제자리암의 항암방사선 치료보험금 | '제자리암'으로 항암방사선치료를 받은 경우 | |
| 5. 경계성종양의 항암방사선 치료보험금 | '경계성종양'으로 항암방사선치료를 받은 경우 | |

**제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

③ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 '제자리암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '경계성종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

**【 예시안내 】**

**< '제7항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

### 제3조 (항암방사선치료의 정의)

이 특약에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

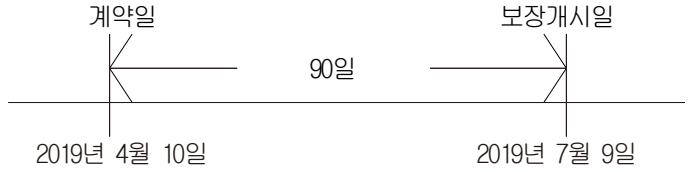
### 제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암'('유사암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

다만, '유사암'에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 관계없이 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

< '암'('유사암' 제외)에 대한 보장개시일 >




② 제1조(보험금의 지급사유)의 항암방사선치료는 암의 병소(cancer site)와 암의 병소 주변 림프절에 대한 방사선치료시 동일 조사 범위 내 시행으로 보아 1회로 간주합니다.

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

### 제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'( '유사암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제9조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'( '유사암' 제외)에 대하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제10조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-30 항암방사선치료Ⅱ(치료당)(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'으로 진단확정되고, 그 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 치료당 1회에 한하여 보험수익자에게

보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 암(유사암 제외)의 항암방사선 치료보험금 | '암'('유사암' 제외)으로 항암방사선치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |
| 2. 기타피부암의 항암방사선 치료보험금 | '기타피부암'으로 항암방사선치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액 |
| 3. 갑상선암의 항암방사선 치료보험금 | '갑상선암'으로 항암방사선치료를 받은 경우 | |
| 4. 제자리암의 항암방사선 치료보험금 | '제자리암'으로 항암방사선치료를 받은 경우 | |
| 5. 경계성종양의 항암방사선 치료보험금 | '경계성종양'으로 항암방사선치료를 받은 경우 | |

**제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

③ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 '제자리암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '경계성종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

**【 예시안내 】**

**< '제7항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (항암방사선치료의 정의)**

이 특약에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

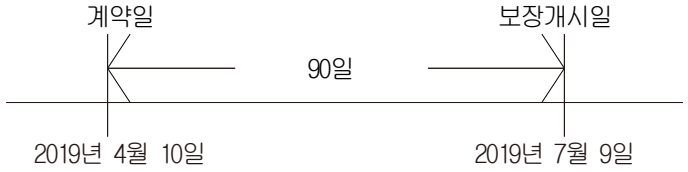
**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암'('유사암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

다만, '유사암'에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 관계없이 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

< '암'('유사암' 제외)에 대한 보장개시일 >




② 제1항에도 불구하고 제9조(특약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암'('유사암' 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)의 항암방사선치료는 암의 병소(cancer site)와 암의 병소 주변 림프절에 대한 방사선치료시 동일 조사 범위 내 시행으로 보아 1회로 간주합니다.

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

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지

급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'( '유사암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제9조 (특약의 자동갱신)**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.

다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 예시 : 48세의 피보험자가 5년만기로 80세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 53세, 58세 ~ 73세, 78세

⇒ 78세 갱신시점에서는 80세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 5년 보다 짧아 5년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.

다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제10조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경

우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제11조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'( '유사암' 제외)에 대하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제12조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-31 항암약물치료Ⅱ(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'으로 진단확정되고, 그 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'의 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

다만, 피보험자가 '암'( '유사암' 제외)으로 제1호의 암( '유사암' 제외)의 항암약물치료보험금을 지급받은 이후에 진단 받은 '유사암'은 항암약물치료보험금을 지급하지 않습니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | |
|---|---|---|---|
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 |
| 1. 암(‘유사암’ 제외)의 항암약물치료보험금 | ‘암’(‘유사암’ 제외)으로 항암약물치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |
| 2. 기타피부암의 항암약물치료보험금 | ‘기타피부암’으로 항암약물치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 10% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액 |
| 3. 갑상선암의 항암약물치료보험금 | ‘갑상선암’으로 항암약물치료를 받은 경우 | | |
| 4. 제자리암의 항암약물치료보험금 | ‘제자리암’으로 항암약물치료를 받은 경우 | | |
| 5. 경계성종양의 항암약물치료보험금 | ‘경계성종양’으로 항암약물치료를 받은 경우 | | |

**제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 ‘암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 ‘유사암’이라 함은 제3항에서 정한 ‘기타피부암’, 제4항에서 정한 ‘갑상선암’, 제5항에서 정한 ‘제자리암’ 및 제6항에서 정한 ‘경계성종양’을 총칭합니다.

③ 이 특약에서 ‘기타피부암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 ‘갑상선암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 ‘제자리암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] ‘제자리신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 ‘경계성종양’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ ‘암’(‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘암’(‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’(‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【 예시안내 】**

**< ‘제7항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (항암약물치료의 정의)**

이 특약에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

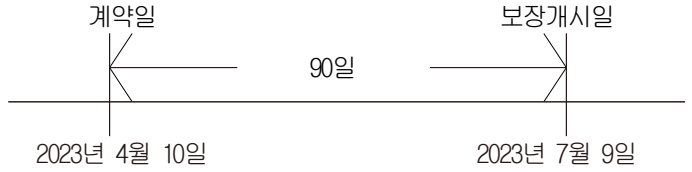
**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘암’( ‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

다만, ‘유사암’에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 관계없이 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘암’( ‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일 >




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.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 ‘암’( ‘유사

암’ 제외)의 항암약물치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘암’ ( ‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ ( ‘유사암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제9조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’ ( ‘유사암’ 제외)에 대하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제10조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-32 항암약물치료Ⅱ(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 ‘암’ ( ‘유사암’ 제외) 또는 ‘유사암’으로 진단확정되고, 그 ‘암’ ( ‘유사암’ 제외) 또는 ‘유사암’의 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은

경우에는 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)
다만, 피보험자가 '암'('유사암' 제외)으로 제1호의 암('유사암' 제외)의 항암약물치료보험금을 지급받은 이후에 진단 받은 '유사암'은 항암약물치료보험금을 지급하지 않습니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약일 기준 | | 갱신계약 |
| | | 1년미만 | 1년이상 | |
| 1. 암('유사암' 제외)의 항암약물치료보험금 | '암'('유사암' 제외)으로 항암약물치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |
| 2. 기타피부암의 항암약물치료보험금 | '기타피부암'으로 항암약물치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 10% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액 | |
| 3. 갑상선암의 항암약물치료보험금 | '갑상선암'으로 항암약물치료를 받은 경우 | | | |
| 4. 제자리암의 항암약물치료보험금 | '제자리암'으로 항암약물치료를 받은 경우 | | | |
| 5. 경계성종양의 항암약물치료보험금 | '경계성종양'으로 항암약물치료를 받은 경우 | | | |

**제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

③ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 '제자리암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '경계성종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

【 예시안내 】

**< '제7항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

· '갑상선암(C73)' 과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)' 로 진단된 경우 '갑상선암(C73)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.

· '유방의 악성신생물(C50)' 이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)' 로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (항암약물치료의 정의)**

이 특약에서 '항암약물치료' 라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한

함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 갱신계약에서 피보험자에게 '유사암'으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험금이 지급된 '유사암'과 동일한 질병인 경우(갱신 전 계약에서 이미 보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단확정되어 보험금이 지급된 '유사암'이라 하더라도, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.

**【 유의사항 】**

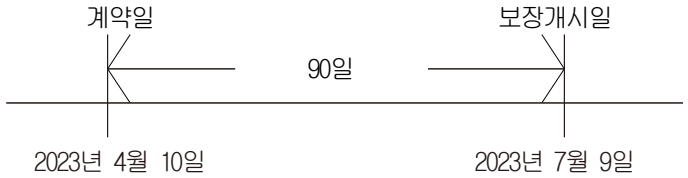
추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.
1. 검진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 해당 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

③ 제2항의 '보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암'('유사암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
다만, '유사암'에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 관계없이 계약일로 합니다.

**【 예시안내 】**

**< '암'('유사암' 제외)에 대한 보장개시일 >**




⑤ 제4항에도 불구하고 제9조(특약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암'('유사암' 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

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

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 '암'('유사암' 제외)의 항암약물치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암'('유사암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'('유사암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로

하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제9조 (특약의 자동갱신)**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 예시 : 48세의 피보험자가 5년만기로 80세까지 갱신하는 경우 >**
갱신시점의 나이 : 53세, 58세 ~ 73세, 78세
⇒ 78세 갱신시점에서는 80세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 5년 보다 짧아 5년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제10조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제11조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'( '유사암' 제외)에 대하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제12조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-33 항암약물치료Ⅱ(치료당)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'으로 진단확정되고, 그 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'의 치료를 직접적인 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 '항암약물치료(주사제)'를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 입원 또는 통원당 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 암(유사암제외)의 항암약물치료보험금(주사제) | '암'('유사암 제외)으로 '항암약물치료(주사제)'를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |
| 2. 기타피부암의 항암약물치료보험금(주사제) | '기타피부암'으로 '항암약물치료(주사제)'를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액 |
| 3. 갑상선암의 항암약물치료보험금(주사제) | '갑상선암'으로 '항암약물치료(주사제)'를 받은 경우 | |
| 4. 제자리암의 항암약물치료보험금(주사제) | '제자리암'으로 '항암약물치료(주사제)'를 받은 경우 | |
| 5. 경계성종양의 항암약물치료보험금(주사제) | '경계성종양'으로 '항암약물치료(주사제)'를 받은 경우 | |

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'으로 진단확정되고, 그 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'의 치료를 직접적인 목적으로 '항암약물치료(주사제외)'를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 암(유사암 제외)의 항암약물치료보험금(주사제 외) | '암'('유사암' 제외)으로 '항암약물치료(주사제 외)'를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |
| 2. 기타피부암의 항암약물치료보험금(주사제 외) | '기타피부암'으로 '항암약물치료(주사제 외)'를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액 |
| 3. 갑상선암의 항암약물치료보험금(주사제 외) | '갑상선암'으로 '항암약물치료(주사제 외)'를 받은 경우 | |
| 4. 제자리암의 항암약물치료보험금(주사제 외) | '제자리암'으로 '항암약물치료(주사제 외)'를 받은 경우 | |
| 5. 경계성종양의 항암약물치료보험금(주사제 외) | '경계성종양'으로 '항암약물치료(주사제 외)'를 받은 경우 | |

③ 제2항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

**제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

③ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에

있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 '제자리암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '경계성종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

**【 예시안내 】**

**< '제7항에 따른 진단방법이 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

**【 유의사항 】**

한국표준질병사인분류 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>

· '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

· '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (입원 등의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '입원'이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 직접적인 치료가 필요하다

고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**【 유의사항 】**

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >
· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월 판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특약에서 '통원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 '암(유사암제외)', '유사암'의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**제4조 (항암약물치료 등의 정의)**

① 이 특약에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

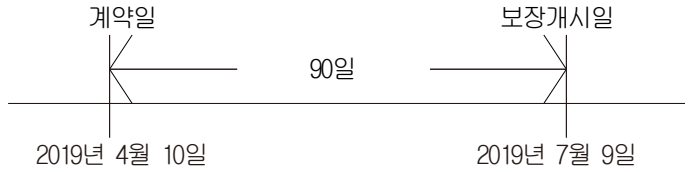
② 이 특약에서 '주사제'라 함은 소화관 대신 피부, 점막 등 외부경계조직을 통해서 혈관, 근육, 장기, 조직, 병변 등에 직접적으로 투여하는 약제를 말합니다.

**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
다만, '유사암'에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 관계없이 계약일로 합니다.

**【 예시안내 】**

< '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 >




② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 입원은 피보험자가 퇴원없이 계속 입원한 경우 입원일수 및 항암약물치료(주사제) 치료횟수와 관계없이 1회로 봅니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금은 암의 치료를 위한 입원 또는 통원이라 하더라도 제4조(항암약물치료 등의 정의)의 항암약물치료에 해당하지 않거나 항암치료를 위하여 보조적인 약물을 투여한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 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 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제7조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'( '유사암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제9조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제10조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'( '유사암' 제외)에 대하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제11조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-34 항암약물치료Ⅱ(치료당)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'으로 진단확정되고, 그 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'의 치료를 직접적인 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 '항암약물치료(주사제)'를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 입원 또는 통원당 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 암(유사암제외)의 항암약물치료보험금(주사제) | '암'('유사암 제외) 으로 '항암약물치료 (주사제)' 를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |
| 2. 기타피부암의 항암약물치료보험금(주사제) | '기타피부암'으로 '항암약물치료(주사제)' 를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액 |
| 3. 갑상선암의 항암약물치료보험금(주사제) | '갑상선암'으로 '항암약물치료(주사제)' 를 받은 경우 | |
| 4. 제자리암의 항암약물치료보험금(주사제) | '제자리암'으로 '항암약물치료(주사제)' 를 받은 경우 | |
| 5. 경계성종양의 항암약물치료보험금(주사제) | '경계성종양'으로 '항암약물치료(주사제)' 를 받은 경우 | |

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제 2항에서 정한 보장개시일 이후 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'으로 진단확정되고, 그 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'의 치료를 직접적인 목적으로 '항암약물치료(주사제 외)'를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 암(유사암 제외)의 항암약물치료보험금(주사제 외) | '암'('유사암' 제외)으로 '항암약물치료(주사제 외)' 를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |
| 2. 기타피부암의 항암약물치료보험금(주사제 외) | '기타피부암'으로 '항암약물치료(주사제 외)'를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액 |
| 3. 갑상선암의 항암약물치료보험금(주사제 외) | '갑상선암'으로 '항암약물치료(주사제 외)'를 받은 경우 | |
| 4. 제자리암의 항암약물치료보험금(주사제 외) | '제자리암'으로 '항암약물치료(주사제 외)'를 받은 경우 | |
| 5. 경계성종양의 항암약물치료보험금(주사제 외) | '경계성종양'으로 '항암약물치료(주사제 외)'를 받은 경우 | |

③ 제2항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

**제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

③ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 '제자리암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '경계성종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

**【 예시안내 】**

**< '제7항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (입원 등의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '입원'이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 유의사항 】

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미

· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함

· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월 판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특약에서 '통원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 '암(유사암제외)', '유사암'의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**제4조 (항암약물치료 등의 정의)**

① 이 특약에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

② 이 특약에서 '주사제'라 함은 소화관 대신 피부, 점막 등 외부경계조직을 통해서 혈관, 근육, 장기, 조직, 병변 등에 직접적으로 투여하는 약제를 말합니다.

**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암'('유사암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
다만, '유사암'에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 관계없이 계약일로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 제10조(특약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암'('유사암' 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

【 예시안내 】

< '암'('유사암' 제외)에 대한 보장개시일 >

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 입원은 피보험자가 퇴원없이 계속 입원한 경우 입원일수 및 항암약물치료(주사제) 치료횟수와 관계없이 1회로 봅니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금은 암의 치료를 위한 입원 또는 통원이라 하더라도 제4조(항암약물치료 등의 정의)의 항암약물치료에 해당하지 않거나 항암치료를 위하여 보조적인 약물을 투여한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

**제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제7조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암'('유사암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'('유사암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제9조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제10조 (특약의 자동갱신)**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약' 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이' 라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

**< 예시 : 48세의 피보험자가 5년만기로 80세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 53세, 58세 ~ 73세, 78세

⇒ 78세 갱신시점에서는 80세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 5년 보다 짧아 5년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제11조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제12조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암' ( '유사암' 제외)에 대하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회

복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제13조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-35 항암약물치료Ⅱ(감액및면책기간미적용)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'으로 진단확정되고, 그 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'의 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우에는 아래 각호의 보험금을 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

다만, 피보험자가 '암'('유사암' 제외)으로 암('유사암' 제외)의 항암약물치료보험금을 지급받은 이후에 진단 받은 '유사암'은 항암약물치료보험금을 지급하지 않습니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 암(유사암 제외)의 항암약물치료보험금 | '암'('유사암' 제외)으로 항암약물치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |
| 2. 기타피부암의 항암약물치료보험금 | '기타피부암'으로 항암약물치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액 |
| 3. 갑상선암의 항암약물치료보험금 | '갑상선암'으로 항암약물치료를 받은 경우 | |
| 4. 제자리암의 항암약물치료보험금 | '제자리암'으로 항암약물치료를 받은 경우 | |
| 5. 경계성종양의 항암약물치료보험금 | '경계성종양'으로 항암약물치료를 받은 경우 | |

**제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

③ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 '제자리암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에

있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '경계성종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

**【 예시안내 】**

**< '제7항에 따른 진단방법이 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

**【 유의사항 】**

한국표준질병사인분류 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>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (항암약물치료의 정의)**

이 특약에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한

함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

**제4조 (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.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 암( '유사암' 제외)의 항암약물치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-36 항암약물치료Ⅱ(감액및면책기간미적용)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'으로 진단확정되고, 그 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'의 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우에는 아래 각호의 보험금을 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)
다만, 피보험자가 '암'( '유사암' 제외)으로 암( '유사암' 제외)의 항암약물치료보험금을 지급받은 이후에 진단 받은 '유사암'은 항암약물치료보험금을 지급하지 않습니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 암(유사암 제외)의 항암약물치료보험금 | '암'('유사암' 제외)으로 항암약물치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |
| 2. 기타피부암의 항암약물치료보험금 | '기타피부암'으로 항암약물치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액 |
| 3. 갑상선암의 항암약물치료보험금 | '갑상선암'으로 항암약물치료를 받은 경우 | |
| 4. 제자리암의 항암약물치료보험금 | '제자리암'으로 항암약물치료를 받은 경우 | |
| 5. 경계성종양의 항암약물치료보험금 | '경계성종양'으로 항암약물치료를 받은 경우 | |

**제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

③ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 '제자리암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '경계성종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

**【 예시안내 】**

**< '제7항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (항암약물치료의 정의)**

이 특약에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 갱신계약에서 피보험자에게 '유사암'으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험금이 지급된 '유사암'과 동일한 질병인 경우(갱신 전 계약에서 이미 보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단확정되어 보험금이 지급된 '유사암'이라 하더라도, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.

【 유의사항 】

추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 해당 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

③ 제2항의 '보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

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

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 암(유사암 제외)의 항암약물치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (특약의 자동갱신)**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 예시 : 48세의 피보험자가 5년만기로 80세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 53세, 58세 ~ 73세, 78세

⇒ 78세 갱신시점에서는 80세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 5년보다 짧아 5년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제9조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제10조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제11조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-37 항암방사선약물치료Ⅱ(연간1회한)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'으로 진단확정되고, 그 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 아래의 각호의 보험금을 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 암(유사암 제외)의 항암방사선약물치료보험금 | '암'('유사암' 제외)으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |
| 2. 기타피부암의 항암방사선약물치료보험금 | '기타피부암'으로 항암방사선 또는 항암약물 치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액 |
| 3. 갑상선암의 항암방사선약물치료보험금 | '갑상선암'으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우 | |
| 4. 제자리암의 항암방사선 약물치료보험금 | '제자리암'으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우 | |
| 5. 경계성종양의 항암방사선 약물치료보험금 | '경계성종양'으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우 | |

**제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

③ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 '제자리암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '경계성종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

**【 예시안내 】**

**< '제7항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (항암방사선치료 등의 정의)**

① 이 특약에서 ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

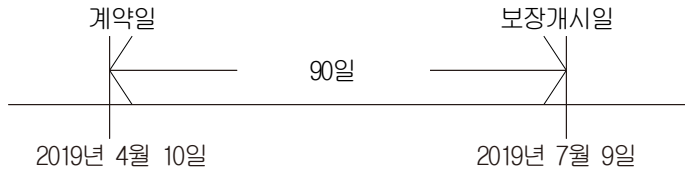
**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘암’( ‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

다만, ‘유사암’에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 관계없이 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘암’( ‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일 >




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.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지

급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'( '유사암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제7조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제9조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'( '유사암' 제외)에 대하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제10조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-38 항암방사선약물치료Ⅱ(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '암'( '유

사암’ 제외) 또는 ‘유사암’으로 진단확정되고, 그 ‘암’(‘유사암’ 제외) 또는 ‘유사암’의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 아래의 각호의 보험금을 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 암(유사암 제외)의 항암방사선약물치료보험금 | ‘암’(‘유사암’ 제외)으로 항암방사선 또는 항암약물 치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |
| 2. 기타피부암의 항암방사선약물치료보험금 | ‘기타피부암’으로 항암방사선 또는 항암약물 치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액 |
| 3. 갑상선암의 항암방사선약물치료보험금 | ‘갑상선암’으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우 | |
| 4. 제자리암의 항암방사선 약물치료보험금 | ‘제자리암’으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우 | |
| 5. 경계성종양의 항암방사선 약물치료보험금 | ‘경계성종양’으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우 | |

**제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 ‘암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 ‘유사암’이라 함은 제3항에서 정한 ‘기타피부암’, 제4항에서 정한 ‘갑상선암’, 제5항에서 정한 ‘제자리암’ 및 제6항에서 정한 ‘경계성종양’을 총칭합니다.

③ 이 특약에서 ‘기타피부암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 ‘갑상선암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 ‘제자리암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] ‘제자리신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 ‘경계성종양’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ ‘암’(‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘암’(‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’(‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【 예시안내 】**

**< ‘제7항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

### 제3조 (항암방사선치료 등의 정의)

① 이 특약에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

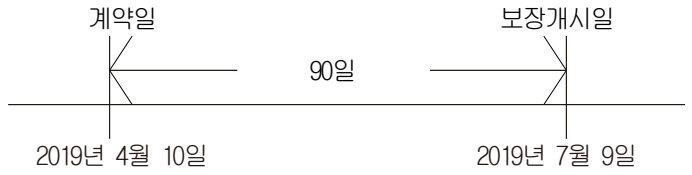
### 제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암'('유사암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

다만, '유사암'에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 관계없이 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

< '암'('유사암' 제외)에 대한 보장개시일 >




② 제1항에도 불구하고 제9조(특약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암'('유사암' 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

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

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'( '유사암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제7조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제9조 (특약의 자동갱신)**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.

다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 예시 : 48세의 피보험자가 5년만기로 80세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 53세, 58세 ~ 73세, 78세

⇒ 78세 갱신시점에서는 80세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 5년보다 짧아 5년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.

다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제10조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간

으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제11조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'('유사암' 제외)에 대하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제12조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-39 항암방사선약물치료Ⅱ(연간1회한)(감액및면책기간 미적용)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

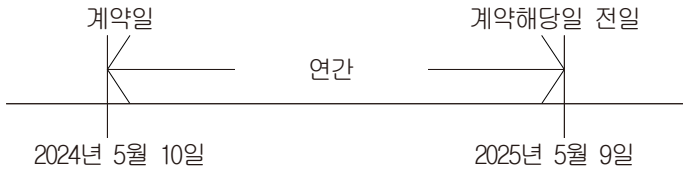
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'으로 진단확정되고, 그 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 아래 각호의 보험금을 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 암(유사암 제외)의 항암방사선약물치료보험금 | '암'('유사암' 제외)으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |
| 2. 기타피부암의 항암방사선약물치료보험금 | '기타피부암'으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액 |
| 3. 갑상선암의 항암방사선약물치료보험금 | '갑상선암'으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우 | |
| 4. 제자리암의 항암방사선 약물치료보험금 | '제자리암'으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우 | |
| 5. 경계성종양의 항암방사선 약물치료보험금 | '경계성종양'으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우 | |

② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >




**제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

③ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 '제자리암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '경계성종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

【 예시안내 】

**< '제7항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

· '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

· '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (항암방사선치료 등의 정의)**

① 이 특약에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는

치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

**제4조 (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.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-40 항암방사선약물치료Ⅱ(연간1회한)(감액및면책기간 미적용)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

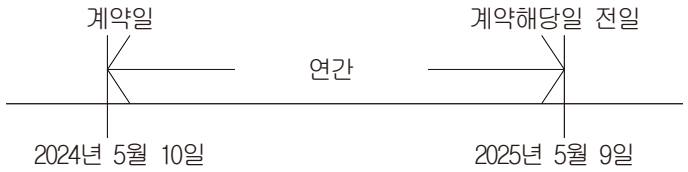
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'으로 진단확정되고, 그 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 아래 각호의 보험금을 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 암(유사암 제외)의 항암방사선약물치료보험금 | '암'('유사암' 제외)으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |
| 2. 기타피부암의 항암방사선약물치료보험금 | '기타피부암'으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액 |
| 3. 갑상선암의 항암방사선약물치료보험금 | '갑상선암'으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우 | |
| 4. 제자리암의 항암방사선 약물치료보험금 | '제자리암'으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우 | |
| 5. 경계성종양의 항암방사선 약물치료보험금 | '경계성종양'으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우 | |

② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >




**제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

③ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 '제자리암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '경계성종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

【 예시안내 】

**< '제7항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

· '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

· '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (항암방사선치료 등의 정의)**

① 이 특약에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는

치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

**제4조 (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.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 예시 : 48세의 피보험자가 5년만기로 80세까지 갱신하는 경우 >**
갱신시점의 나이 : 53세, 58세 ~ 73세, 78세
⇒ 78세 갱신시점에서는 80세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 5년 보다 짧아 5년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제9조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제10조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제11조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-41 표적항암약물허가치료(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 '암'으로 진단확정되고, 그 '암'의 치료를 직접적인 목적으로 '표적항암약물허가치료'를 받은 경우에는 아래 각호의 보험금을 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)
다만, 피보험자가 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 제1호의 암의 표적항암약물허가치료보험금을 지급받은 이후에 진단 받은 '기타피부암' 또는 '갑상선암'은 표적항암약물허가치료보험금을 지급하지 않습니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 1. 암의 표적항암약물 치료보험금 | '암'('기타피부암','갑상선암'제외) 으로 표적항암약물 치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입 금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |
| 2. 기타피부암의 표적항암약물 치료보험금 | '기타피부암' 으로 표적항암약물 치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입 금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |
| 3. 갑상선암의 표적항암약물 치료보험금 | '갑상선암' 으로 표적항암약물치료를 받은 경우 | | | |

**제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암' 이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '기타피부암' 이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 '갑상선암' 이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ '암' 의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암' 의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

**【 예시안내 】**

**< '제4항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑥ 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (항암약물치료의 정의)**

이 특약에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

**제4조 (표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)**

① 이 특약에서 ‘표적항암제’란 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘421(항악성종양제)’(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘항악성종양제’에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 ‘표적항암제’의 범위에서 제외됩니다.

【 용어해설 】

**< 호르몬 관련 치료제 >**

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제재, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

**< 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내 >**

· 식품의약품안전처의약품통합정보시스템 (https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.
단, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 변동될 수 있습니다.

· 성분명 : '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.

· 의약품명 : 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미 합니다.

· 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. "표적항암제" 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 '표적항암약물허가치료'라 함은 제3조(항암약물치료의 정의)에서 정한 '항암약물치료' 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '암'의 치료를 직접적인 목적으로 제1항에서 정한 '표적항암제'를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 '안정성과 유효성 인정 범위'라 함은 다음 각호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」범위 내로 사용된 경우

2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우

【 용어해설 】

**< 암질환심의위원회 >**

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

**< '안전성과 유효성 인정 범위' 확인 방법 >**

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색

· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원((https://hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 '표적항암제' 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 갱신계약에서 피보험자에게 '기타피부암', '갑상선암'으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험금이 지급된 '기

타피부암’ , ‘갑상선암’과 동일한 질병인 경우(갱신 전 계약에서 이미 보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단확정되어 보험금이 지급된 ‘기타피부암’ , ‘갑상선암’이라 하더라도, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.

【 유의사항 】

추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

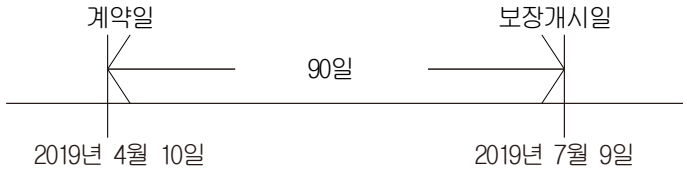
1. 검진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 해당 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

③ 제2항의 ‘보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘암’( ‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
다만, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 관계없이 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘암’( ‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 >

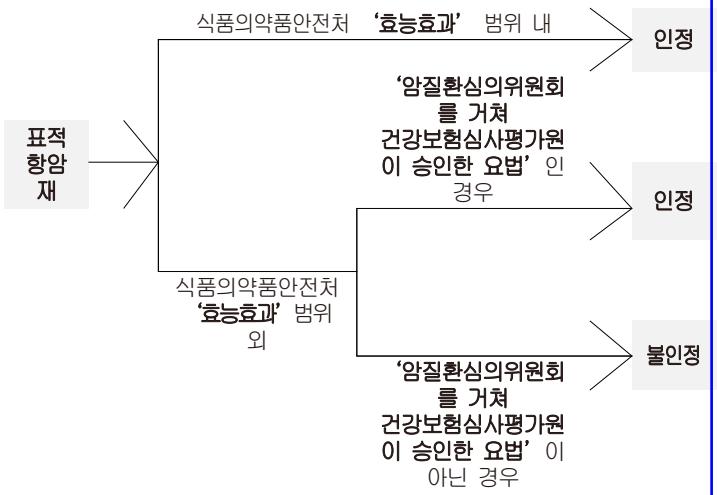



⑤ 제4항에도 불구하고 제12조(특약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암’( ‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제39조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘암’( ‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대하여 제4항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료보험금은 표적항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【 용어해설 】

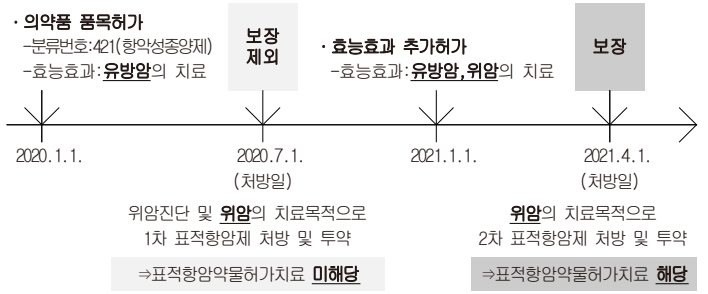
< 표적항암제의 안정성 및 유효성 인정 범위 >




⑦ 제1조(보험금의 지급사유)의 '표적항암약물허가치료를 받은 경우'라 함은 표적항암제를 처방받고 약물이 투여되었을때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

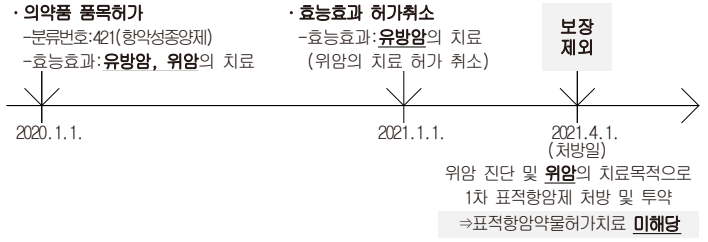
【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가)예시 >
: 의약품의 효능효과 추가 허가




【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제)예시 >
: 의약품의 효능효과 허가 취소




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

**제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제7조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
      (1) 진단명
      (2) 투약한 약제의 제품명
      (3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

**제8조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 암의 표적항암약물치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제9조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제8조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제11조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시

이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'( '기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

### 제12조 (특약의 자동갱신)

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

### 제13조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

### 제14조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외

합니다.

## 2-42 표적항암약물허가치료(감액및면책기간미적용)(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관

### 제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '암'으로 진단확정되고, 그 '암'의 치료를 직접적인 목적으로 '표적항암약물허가치료'를 받은 경우에는 아래 각호의 보험금을 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

다만, 피보험자가 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 제1호의 암의 표적항암약물허가치료보험금을 지급받은 이후에 진단 받은 '기타피부암' 또는 '갑상선암'은 표적항암약물허가치료보험금을 지급하지 않습니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 암의 표적항암약물치료보험금 | '암'('기타피부암','갑상선암'제외)으로 표적항암약물 치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |
| 2. 기타피부암의 표적항암약물치료보험금 | '기타피부암'으로 표적항암약물 치료를 받은 경우 | |
| 3. 갑상선암의 표적항암약물치료보험금 | '갑상선암'으로 표적항암약물치료를 받은 경우 | |

### 제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ '암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

**【 예시안내 】**

**< '제4항에 따른 진단방법이 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

**【 유의사항 】**

한국표준질병사인분류 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>

- '갑상선암(C73)' 과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)' 로 진단된 경우 '갑상선암(C73)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)' 이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)' 로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)' 이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)' 로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑥ 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (항암약물치료의 정의)**

이 특약에서 '항암약물치료' 라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

**제4조 (표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)**

① 이 특약에서 '표적항암제' 란 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제' 에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 '표적항암제' 의 범위에서 제외됩니다.

【 용어해설 】

**< 호르몬 관련 치료제 >**

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제재, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

**< 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내 >**

· 식품의약품안전처의약품통합정보시스템 (https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.
단, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 변동될 수 있습니다.

· 성분명 : '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.

· 의약품명 : 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미 합니다.

· 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. "표적항암제" 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 '표적항암약물허가치료'라 함은 제3조(항암약물치료의 정의)에서 정한 '항암약물치료' 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '암'의 치료를 직접적인 목적으로 제1항에서 정한 '표적항암제'를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 '안정성과 유효성 인정 범위'라 함은 다음 각호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」범위 내로 사용된 경우

2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우

【 용어해설 】

**< 암질환심의위원회 >**

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

**< '안전성과 유효성 인정 범위' 확인 방법 >**

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색

· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원((https://hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 '표적항암제' 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 갱신계약에서 피보험자에게 '기타피부암', '갑상선암'으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험금이 지급된 '기

타피부암’ , ‘갑상선암’과 동일한 질병인 경우(갱신 전 계약에서 이미 보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단확정되어 보험금이 지급된 ‘기타피부암’ , ‘갑상선암’이라 하더라도, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.

**【 유의사항 】**

추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

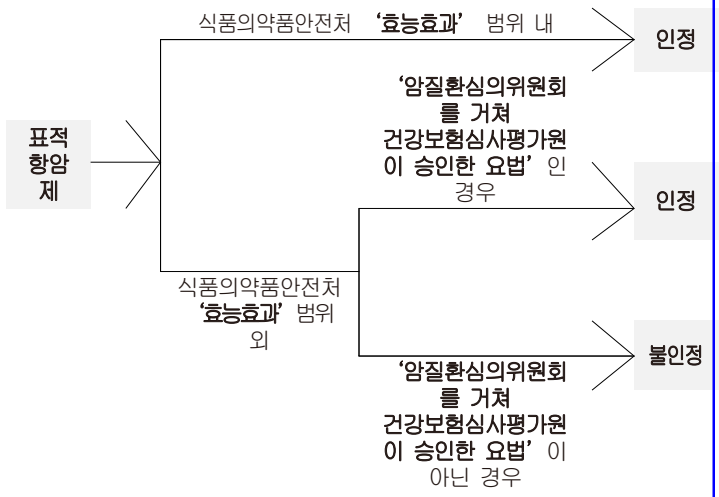
1. 검진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 해당 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

③ 제2항의 ‘보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료보험금은 표적항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

**【 용어해설 】**

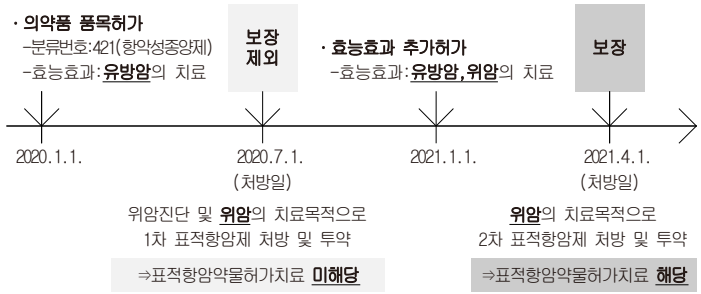
**< 표적항암제의 안정성 및 유효성 인정 범위 >**




⑤ 제1조(보험금의 지급사유)의 ‘표적항암약물허가치료를 받은 경우’라 함은 표적항암제를 처방받고 약물이 투여되었을때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

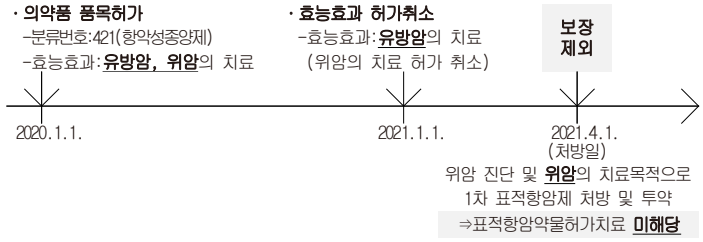
【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가)예시 >
: 의약품의 효능효과 추가 허가




【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제)예시 >
: 의약품의 효능효과 허가 취소




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

## 제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

## 제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
      (1) 진단명
      (2) 투약한 약제의 제품명
      (3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

## 제8조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 암의 표적항암약물치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제9조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제8조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제10조 (특약의 자동갱신)**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제11조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제12조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외

합니다.

## 2-43 표적항암약물허가치료(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

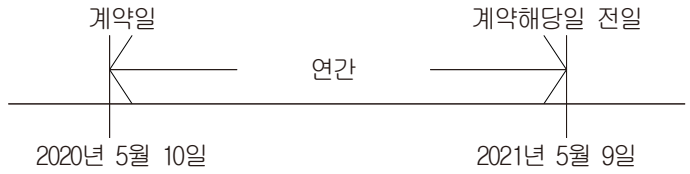
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '암'으로 진단확정되고, 그 '암'의 치료를 직접적인 목적으로 '표적항암약물허가치료'를 받은 경우에는 아래 금액을 각각 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 암의 표적항암약물 치료보험금 | '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 표적항암약물 치료를 받은 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |
| 2. 기타피부암의 표적항암약물 치료보험금 | '기타피부암'으로 표적항암약물 치료를 받은 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |
| 3. 갑상선암의 표적항암약물 치료보험금 | '갑상선암'으로 표적항암약물치료를 받은 경우 | |

② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >




**제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ '암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

【 예시안내 】

**< '제4항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

· '갑상선암(C73)' 과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)' 로 진단된 경우 '갑상선암(C73)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.

· '유방의 악성신생물(C50)' 이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)' 로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑥ 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (항암약물치료의 정의)**

이 특약에서 '항암약물치료' 라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한

함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

**제4조 (표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)**

① 이 특약에서 '표적항암제'란 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)'(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 '표적항암제'의 범위에서 제외됩니다.

**【 용어해설 】**

**< 호르몬 관련 치료제 >**

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제재, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

**< 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내 >**

- 식품의약품안전처의약품통합정보시스템 (https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.
  단, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 변동될 수 있습니다.
- 성분명 : '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명 : 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미 합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. "표적항암제" 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 '표적항암약물허가치료'라 함은 제3조(항암약물치료의 정의)에서 정한 '항암약물치료' 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '암'의 치료를 직접적인 목적으로 제1항에서 정한 '표적항암제'를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 '안정성과 유효성 인정 범위'라 함은 다음 각호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」범위 내로 사용된 경우

2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)' 으로 사용된 경우

【 용어해설 】

**< 암질환심의위원회 >**

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

**< '안전성과 유효성 인정 범위' 확인 방법 >**

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색

· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원((https://hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

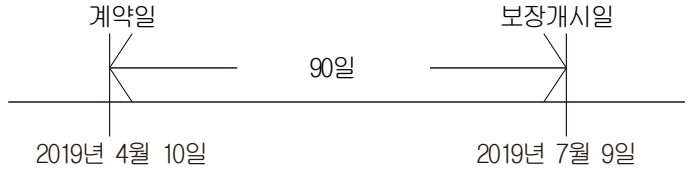
④ 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 '표적항암제' 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암'( '기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
다만, '기타피부암' 및 '갑상선암'에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 관계없이 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

**< '암'( '기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일 >**

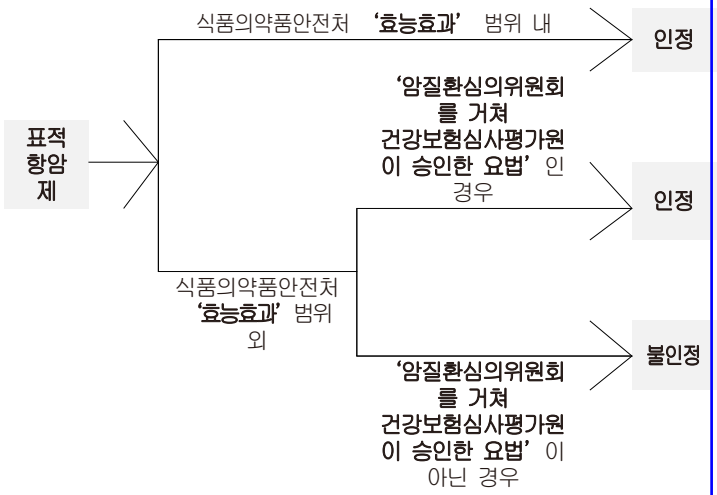



② 제4항에도 불구하고 제12조(특약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암'( '기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제39조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'( '기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대하여 제4항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 표적항암약물허가치료보험금은 표적항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【 용어해설 】

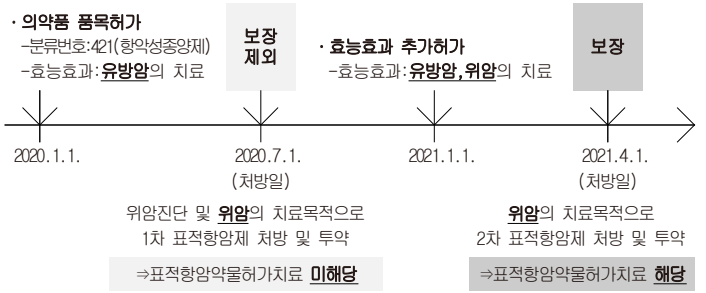
< 표적항암제의 안정성 및 유효성 인정 범위 >




④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 '표적항암약물허가치료를 받은 경우'라 함은 표적항암제를 처방받고 약물이 투여되었을때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

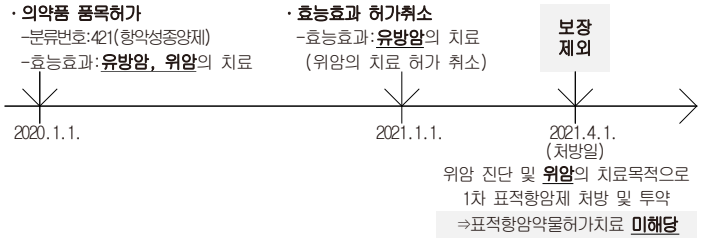
【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가)예시 >
: 의약품의 효능효과 추가 허가




【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제)예시 >
: 의약품의 효능효과 허가 취소




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

**제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제7조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
      (1) 진단명
      (2) 투약한 약제의 제품명
      (3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

**제8조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제9조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제8조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제11조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'( '기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제12조 (특약의 자동갱신)**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제13조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제14조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외

합니다.

## 2-44 표적항암약물허가치료(치료당)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '암'으로 진단확정되고, 그 '암'의 치료를 직접적인 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 '표적항암약물치료(주사제)'를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 입원 또는 통원당 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 암의 표적항암약물 허가치료(주사제)보험금 | '암'('기타피부암','갑상선암'제외)으로 '표적항암약물허가치료(주사제)'를 받은 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |
| 2. 기타피부암의 표적항암약물허가치료(주사제)보험금 | '기타피부암'으로 '표적항암약물허가치료(주사제)'를 받은 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |
| 3. 갑상선암의 표적항암약물허가치료(주사제)보험금 | '갑상선암'으로 '표적항암약물허가치료(주사제)'를 받은 경우 | |

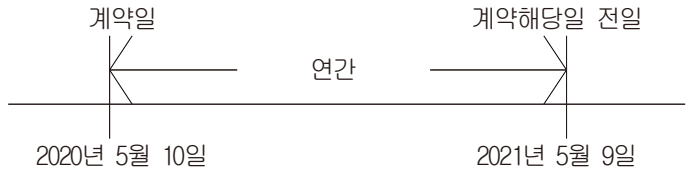
② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 에서 정한 보장개시일 이후 '암'으로 진단확정되고, 그 '암'의 치료를 직접적인 목적으로 '표적항암약물허가치료(주사제 외)'를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 연간1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 암의 표적항암약물 허가치료 (주사제 외)보험금 | '암'('기타피부암','갑상선암'제외)으로 '표적항암약물허가치료(주사제 외)'를 받은 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |
| 2. 기타피부암의 표적항암약물 허가치료 (주사제 외)보험금 | '기타피부암'으로 '표적항암약물허가치료(주사제 외)'를 받은 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |
| 3. 갑상선암의 표적항암약물 허가치료 (주사제 외)보험금 | '갑상선암'으로 '표적항암약물허가치료(주사제 외)'를 받은 경우 | |

③ 제2항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >




**제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ '암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

【 예시안내 】

**< '제4항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

· '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

· '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑥ 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (입원 등의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '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 등에서

의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**【 유의사항 】**

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >
· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월 판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특약에서 '통원'이라 함은 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)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**제4조 (항암약물치료 등의 정의)**

① 이 특약에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

② 이 특약에서 '주사제'라 함은 소화관 대신 피부, 점막 등 외부경계조직을 통해서 혈관, 근육, 장기, 조직, 병변 등에 직접적으로 투여하는 약제를 말합니다.

**제5조 (표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)**

① 이 특약에서 '표적항암제'란 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)'(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 '표적항암제'의 범위에서 제외됩니다.

**【 용어해설 】**

**< 호르몬 관련 치료제 >**
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제재, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

**< 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내 >**
· 식품의약품안전처의약품통합정보시스템 (https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.
단, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 변동될 수 있습니다.
· 성분명 : '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
· 의약품명 : 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미 합니다.
· 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. "표적항암제" 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 '표적항암약물허가치료'라 함은 제4조(항암약물치료 등의 정의)에서 정한 '항암약물치료' 중 의료법 제3조(의료기

관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '암'의 치료를 직접적인 목적으로 제1항에서 정한 '표적항암제'를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 '안정성과 유효성 인정 범위'라 함은 다음 각호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우

【 용어해설 】

**< 암질환심의위원회 >**

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

**< '안전성과 유효성 인정 범위' 확인 방법 >**

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색

· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원((https://hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

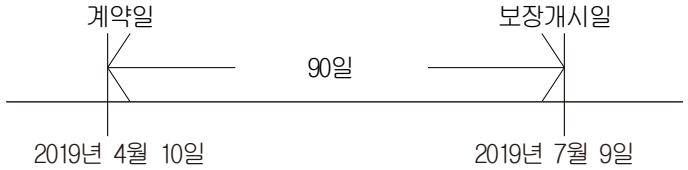
④ 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 '표적항암제' 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

**제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
다만, '기타피부암' 및 '갑상선암'에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 관계없이 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

**< '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일 >**



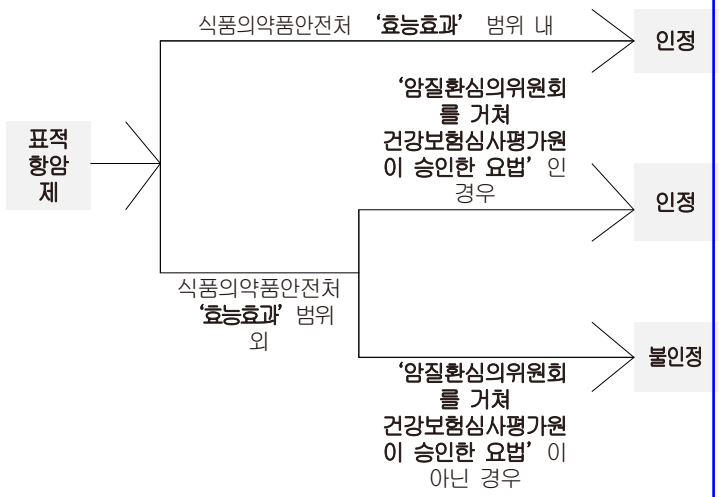

② 제1항에도 불구하고 제13조(특약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제39조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2항의 표적항암약물허가치료보험금은 표적항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하

는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【 용어해설 】

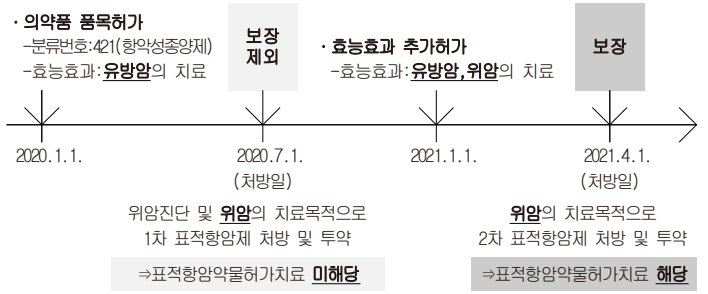
< 표적항암제의 안정성 및 유효성 인정 범위 >




④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2항의 '표적항암약물허가치료를 받은 경우'라 함은 표적항암제를 처방받고 약물이 투여되었을때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제5조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

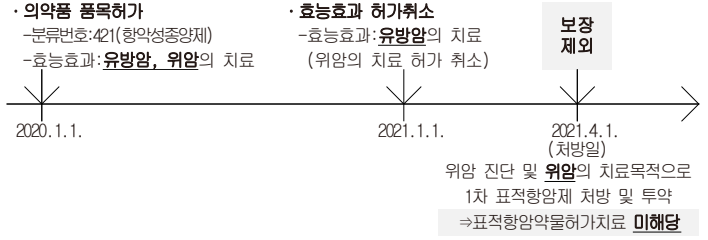
【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가)예시 >
: 의약품의 효능효과 추가 허가




【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제)예시 >
: 의약품의 효능효과 허가 취소




⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 입원은 피보험자가 퇴원없이 계속 입원한 경우 입원일수 및 항암약물치료(주사제) 치료횟수와 관계없이 1회로 봅니다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금은 암의 치료를 위한 입원 또는 통원이라 하더라도 제4조(항암약물치료 등의 정의)의 항암약물치료에 해당하지 않거나 항암치료를 위하여 보조적인 약물을 투여한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제8조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
      (1) 진단명
      (2) 투약한 약제의 제품명
      (3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

**제9조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제10조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제11조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제9조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제12조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와

계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'( '기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대하여 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

### 제13조 (특약의 자동갱신)

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**
갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세
⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

### 제14조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제15조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-45 항암방사선(양성자)치료(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 '암'으로 진단확정되고, 그 '암'의 치료를 직접적인 목적으로 '항암방사선(양성자)치료'를 받은 경우에는 아래 각호의 보험금을 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)
다만, 피보험자가 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 제1호의 암의 항암방사선(양성자)치료보험금을 지급받은 이후에 진단 받은 '기타피부암' 또는 '갑상선암'은 항암방사선(양성자)치료보험금을 지급하지 않습니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 1. 암의 항암방사선(양성자) 치료보험금 | '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 '항암방사선(양성자)치료'를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |
| 2. 기타피부암의 항암방사선(양성자)치료보험금 | '기타피부암'으로 '항암방사선(양성자)치료'를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |
| 3. 갑상선암의 항암방사선(양성자)치료보험금 | '갑상선암'으로 '항암방사선(양성자)치료'를 받은 경우 | | | |

**제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
② 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
④ '암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가

진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

**【 예시안내 】**

**< '제4항에 따른 진단방법이 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

**【 유의사항 】**

한국표준질병사인분류 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>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑥ 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (항암방사선(양성자)치료 등의 정의)**

① 이 특약에서 '항암방사선(양성자)치료'라 함은 제2항의 '항암방사선치료' 중 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 양성자를 이용하여 치료하는 것을 말

합니다.

② 이 특약에서 ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

【 용어해설 】

< 항암방사선(양성자)치료 >

방사선 치료의 하나로, 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리 된 양성자를 이용하여 환자를 치료하는 암 치료법을 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서는 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성을 가지고 있으며 이를 치료에 이용하고 있습니다. 양성자방사선치료의 장점은 암 표적 부위에 도달하기 전까지 일반 정상 조직에는 거의 방사선을 조사하지 않으며 종양에 도달하면 모든 에너지를 방출하고 바로 소멸되어서 종양 뒤의 정상조직에는 전혀 영향을 주지 않기 때문에 양성자 치료는 종양을 둘러싼 건강한 정상 조직의 손상 위험을 최소화 합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 갱신계약에서 피보험자에게 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험금이 지급된 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’과 동일한 질병인 경우(갱신 전 계약에서 이미 보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단확정되어 보험금이 지급된 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’이라 하더라도, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.

【 유의사항 】

추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 해당 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

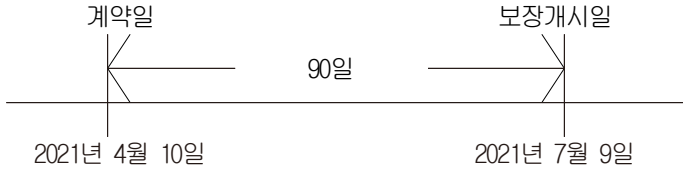
③ 제2항의 ‘보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘암’( ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

다만, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 관계없이 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘암’( ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 >




⑤ 제4항에도 불구하고 제10조(특약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘암’( ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

다만, 보통약관 제39조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효

력회복)일을 계약일로 하며, '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대하여 제4항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

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

### 제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

### 제6조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 암의 항암방사선(양성자)치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제7조 (특약의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

### 제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

### 제9조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제10조 (특약의 자동갱신)**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약' 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이' 라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >
갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세
⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제11조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제12조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-46 항암방사선(양성자)치료(치료당)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '암'으로 진단확정되고, 그 '암'의 치료를 직접적인 목적으로 '항암방사선(양성자)치료'를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 치료당 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 암의 항암방사선(양성자) 치료보험금 | '암'('기타피부암','갑상선암'제외)으로 '항암방사선(양성자)치료'를 받은 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |
| 2. 기타피부암의 항암방사선(양성자) 치료보험금 | '기타피부암'으로 '항암방사선(양성자)치료'를 받은 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |
| 3. 갑상선암의 항암방사선(양성자) 치료보험금 | '갑상선암'으로 '항암방사선(양성자)치료'를 받은 경우 | |

**제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ '암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

**【 예시안내 】**

**< '제4항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

· '갑상선암(C73)' 과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)' 로 진단된 경우 '갑상선암(C73)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.
· '유방의 악성신생물(C50)' 이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)' 로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.
· '위의 악성신생물(C16)' 이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)' 로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑥ 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (항암방사선(양성자)치료 등의 정의)**

① 이 특약에서 '항암방사선(양성자)치료' 라 함은 제2항의 '항암방사선치료' 중 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 양성자를 이용하여 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특약에서 '항암방사선치료' 라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

【 용어해설 】

**< 항암방사선(양성자)치료 >**

방사선 치료의 하나로, 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리 된 양성자를 이용하여 환자를 치료하는 암 치료법을 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서는 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성을 가지고 있으며 이를 치료에 이용하고 있습니다. 양성자방사선치료의 장점은 암 표적 부위에 도달하기 전까지 일반 정상 조직에는 거의 방사선을 조사하지 않으며 종양에 도달하면 모든 에너지를 방출하고 바로 소멸되어서 종양 뒤의 정상조직에는 전혀 영향을 주지 않기 때문에 양성자 치료는 종양을 둘러싼 건강한 정상 조직의 손상 위험을 최소화 합니다.

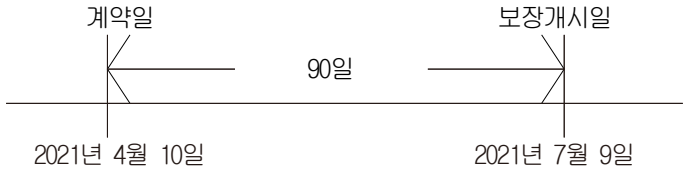
**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암' ( '기타피부암' , '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

다만, '기타피부암' 및 '갑상선암' 에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 관계없이 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

< '암' ( '기타피부암', 갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일 >




② 제1항에도 불구하고 제10조(특약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암' ( '기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제39조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암' ( '기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)의 항암방사선(양성자)치료는 암의 병소(cancer site)와 암의 병소 주변 림프절에 대한 방사선치료시 동일 조사 범위내 시행으로 보아 1회로 간주합니다.

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

### 제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

### 제6조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제7조 (특약의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암' ( '기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암' ( '기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

### 제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

### 제9조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시

이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'( '기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

### 제10조 (특약의 자동갱신)

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

### 제11조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

### 제12조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외

합니다.

## 2-47 항암방사선(세기조절)치료(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 '암'으로 진단확정되고, 그 '암'의 치료를 직접적인 목적으로 '항암방사선(세기조절)치료'를 받은 경우에는 아래 각호의 보험금을 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

다만, 피보험자가 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 제1호의 암의 항암방사선(세기조절)치료보험금을 지급받은 이후에 진단 받은 '기타피부암' 또는 '갑상선암'은 항암방사선(세기조절)치료보험금을 지급하지 않습니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 1. 암의 항암방사선(세기조절)치료보험금 | '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 '항암방사선(세기조절)치료'를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |
| 2. 기타피부암의 항암방사선(세기조절)치료보험금 | '기타피부암'으로 '항암방사선(세기조절)치료'를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |
| 3. 갑상선암의 항암방사선(세기조절)치료보험금 | '갑상선암'으로 '항암방사선(세기조절)치료'를 받은 경우 | | | |

**제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ ‘암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

**< ‘제4항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

· ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

· ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

· ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑥ 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (항암방사선(세기조절)치료 등의 정의)**

① 이 특약에서 ‘항암방사선(세기조절)치료’라 함은 제2항의 ‘항암방사선치료’ 중 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 ‘세기조절방사선치료법’을 이용하

여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료법을 말합니다.
다만, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.

② 이 특약에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

【 용어해설 】

< 세기조절방사선치료법 >

방사선 조사 방향을 수십배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료를 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 갱신계약에서 피보험자에게 '기타피부암', '갑상선암'으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험금이 지급된 '기타피부암', '갑상선암'과 동일한 질병인 경우(갱신 전 계약에서 이미 보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단확정되어 보험금이 지급된 '기타피부암', '갑상선암'이라 하더라도, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.

【 유의사항 】

추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

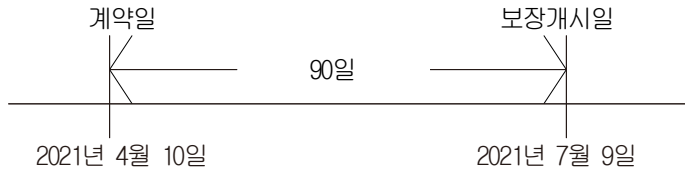
1. 검진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 해당 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

③ 제2항의 '보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
다만, '기타피부암' 및 '갑상선암'에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 관계없이 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

< '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일 >




⑤ 제4항에도 불구하고 제10조(특약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제39조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대하여 제4항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

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

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 암의 항암방사선(세기조절)치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제9조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제10조 (특약의 자동갱신)**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여

야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약' 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이' 라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >
갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세
⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제11조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제12조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-48 항암방사선(세기조절)치료(치료당)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '암'으로 진단확정되고, 그 '암'의 치료를 직접적인 목적으로 '항암방사선(세기조절)치료'를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 치료당 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 암의 항암방사선(세기조절) 치료보험금 | '암'('기타피부암','갑상선암' 제외)으로 '항암방사선(세기조절)치료'를 받은 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |
| 2. 기타피부암의 항암방사선(세기조절) 치료보험금 | '기타피부암'으로 '항암방사선(세기조절)치료'를 받은 경우 | |
| 3. 갑상선암의 항암방사선(세기조절) 치료보험금 | '갑상선암'으로 '항암방사선(세기조절)치료'를 받은 경우 | |

**제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ '암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

**【 예시안내 】**

**< '제4항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑥ 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (항암방사선(세기조절)치료 등의 정의)**

① 이 특약에서 ‘항암방사선(세기조절)치료’라 함은 제2항의 ‘항암방사선치료’ 중 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 ‘세기조절방사선치료법’을 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료법을 말합니다.
다만, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.

② 이 특약에서 ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

【 용어해설 】

**< 세기조절방사선치료법 >**

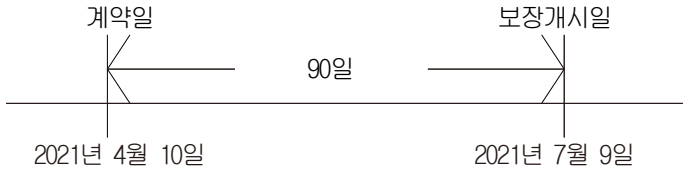
방사선 조사 방향을 수십배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료를 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘암’( ‘기타피부암’, ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
다만, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 관계없이 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

< '암' ( '기타피부암', 갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일 >




② 제1항에도 불구하고 제10조(특약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암' ( '기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제39조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암' ( '기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)의 항암방사선(세기조절)치료는 암의 병소(cancer site)와 암의 병소 주변 림프절에 대한 방사선치료시 동일 조사 범위내 시행으로 보아 1회로 간주합니다.

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

### 제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

### 제6조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제7조 (특약의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암' ( '기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암' ( '기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

### 제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

### 제9조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시

이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'( '기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

### 제10조 (특약의 자동갱신)

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

### 제11조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

### 제12조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외

합니다.

## 2-49 항암호르몬약물허가치료(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 '암'으로 진단확정되고, 그 '암'의 치료를 직접적인 목적으로 '항암호르몬약물허가치료'를 받은 경우에는 아래 각호의 보험금을 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

다만, 피보험자가 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 제1호의 암의 항암호르몬약물허가치료보험금을 지급받은 이후에 진단 받은 '기타피부암' 또는 '갑상선암'은 항암호르몬약물허가치료보험금을 지급하지 않습니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 1. 암의 항암호르몬약물허가치료보험금 | '암'('기타피부암','갑상선암' 제외)으로 '항암호르몬약물허가치료'를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |
| 2. 기타피부암의 항암호르몬약물허가치료보험금 | '기타피부암'으로 '항암호르몬약물허가치료'를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 10% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액 | |
| 3. 갑상선암의 항암호르몬약물허가치료보험금 | '갑상선암'으로 '항암호르몬약물허가치료'를 받은 경우 | | | |

**제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ '암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)

검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

【 예시안내 】

**< '제4항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 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>

· '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

· '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑥ 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (항암약물치료의 정의)**

이 특약에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한

함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

**제4조 (항암호르몬약물허가치료제 등의 정의)**

① 이 특약에서 '항암호르몬약물허가치료제'([별표34] 항암호르몬약물허가치료제 분류표 참조)란 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 치료제를 말합니다.

**【 유의사항 】**

< 호르몬 관련 치료제 >
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제재, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

< 항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내 >
· 식품의약품안전처의약품통합정보시스템 (https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.
단, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 변동될 수 있습니다.
· 성분명 : '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
· 의약품명 : 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미 합니다.
· 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. '항암호르몬약물허가치료제' 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

② 이 특약에서 '항암호르몬약물허가치료'라 함은 제3조(항암약물치료의 정의)에서 정한 '항암약물치료' 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '암'의 치료를 직접적인 목적으로 제1항에서 정한 '항암호르몬약물허가치료제'를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 '안정성과 유효성 인정 범위'라 함은 다음 각 호에 해당하

는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우

**【 유의사항 】**

**< 암질환심의위원회>**

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

< '안전성과 유효성 인정 범위' 확인 방법 >

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (https://nedrug.mfds.go.kr)
- 의약품 검색

· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원((https://hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 항암호르몬약물허가치료제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 '항암호르몬약물허가치료제' 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 갱신계약에서 피보험자에게 '기타피부암', '갑상선암'으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험금이 지급된 '기타피부암', '갑상선암'과 동일한 질병인 경우(갱신 전 계약에서 이미 보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단확정되어 보험금이 지급된 '기타피부암', '갑상선암'이라 하더라도, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.

**【 유의사항 】**

추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

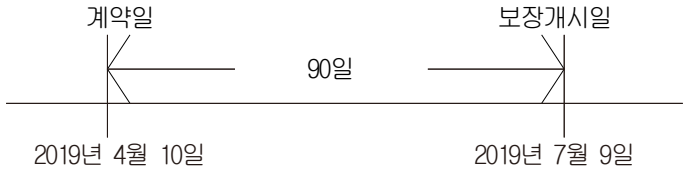
1. 검진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 해당 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

③ 제2항의 '보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
다만, '기타피부암' 및 '갑상선암'에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 관계없이 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

< '암' ( '기타피부암', 갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일 >

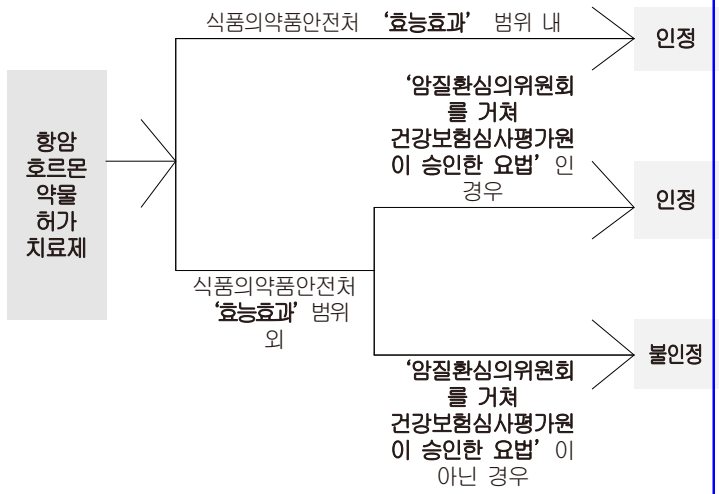



⑤ 제4항에도 불구하고 제12조(특약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암' ( '기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제39조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암' ( '기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대하여 제4항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유)의 항암호르몬약물허가치료보험금은 항암호르몬약물허가치료제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다.
다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【 용어해설 】

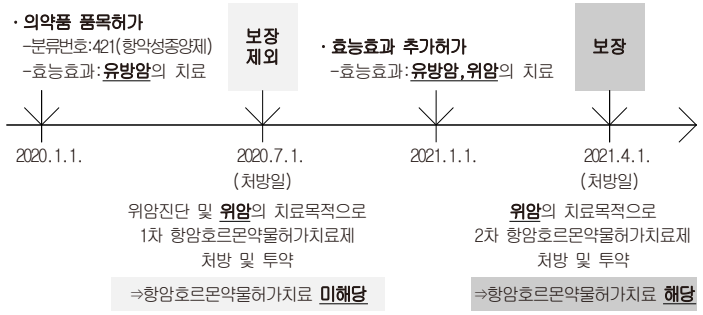
< 항암호르몬약물허가치료제의 안정성 및 유효성 인정 범위 >




⑦ 제1조(보험금의 지급사유)의 '항암호르몬약물허가치료를 받은 경우' 라 함은 항암호르몬약물허가치료제를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다.
다만, 제4조(항암호르몬약물허가치료제 등의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

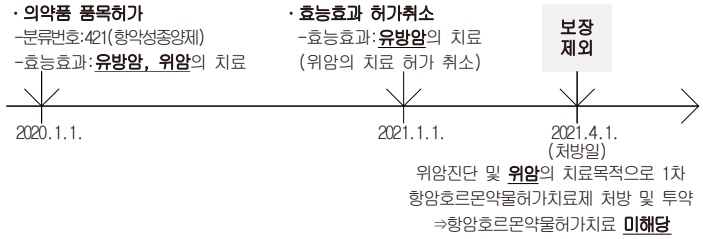
【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가)예시 >
: 의약품의 효능효과 추가 허가




【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제)예시 >
: 의약품의 효능효과 허가 취소




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

**제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제7조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 항암호르몬약물허가치료 증명서
   가. 항암호르몬약물허가치료 진단서 또는 항암호르몬약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
      (1) 진단명
      (2) 투약한 약제의 제품명
      (3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

**제8조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 암의 항암호르몬약물 허가치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제9조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제8조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제11조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제12조 (특약의 자동갱신)**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제13조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제14조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-50 항암호르몬약물허가치료(치료당)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '암'으로 진단확정되고, 그 '암'의 치료를 직접적인 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 '항암호르몬약물허가치료(주사제)'를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 입원 또는 통원당 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 암의 항암호르몬약물 허가치료(주사제)보험금 | '암'('기타피부암','갑상선암'제외)으로 '항암호르몬약물허가치료(주사제)'를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |
| 2. 기타피부암, 갑상선암의의 항암호르몬약물 허가치료(주사제)보험금 | '기타피부암' 또는 '갑상선암' 으로 '항암호르몬약물허가치료(주사제)' 를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액 |

② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '암'으로 진단확정되고, 그 '암'의 치료를 직접적인 목적으로 '항암호르몬약물허가치료(주사제 외)'를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 암의 항암호르몬약물허가치료(주사제 외)보험금 | '암'('기타피부암','갑상선암' 제외)으로 '항암호르몬약물허가치료(주사제 외)'를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |
| 2. 기타피부암, 갑상선암의의 항암호르몬약물 허가치료(주사제 외)보험금 | '기타피부암' 또는 '갑상선암' 으로 '항암호르몬약물허가치료(주사제 외)' 를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액 |

③ 제2항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

**제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암' 이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '기타피부암' 이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 '갑상선암' 이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ '암' 의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암' 의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

**【 예시안내 】**

**< '제4항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑥ 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (입원 등의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '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)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 유의사항 】

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미

· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함

· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월 판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특약에서 '통원'이라 함은 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)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**제4조 (항암약물치료 등의 정의)**

① 이 특약에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

② 이 특약에서 '주사제'라 함은 소화관 대신 피부, 점막 등 외부경계조직을 통해서 혈관, 근육, 장기, 조직, 병변 등에 직접적으로 투여하는 약제를 말합니다.

**제5조 (항암호르몬약물허가치료제 등의 정의)**

① 이 특약에서 '항암호르몬약물허가치료제'([별표34] 항암호르몬약물

허가치료제 분류표 참조)란 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 치료제를 말합니다.

**【 유의사항 】**

< 호르몬 관련 치료제 >
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제재, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

< 항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내 >
· 식품의약품안전처의약품통합정보시스템
(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.
단, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 변동될 수 있습니다.
· 성분명 : '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
· 의약품명 : 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미 합니다.
· 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. '항암호르몬약물허가치료제' 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

② 이 특약에서 '항암호르몬약물허가치료'라 함은 제4조(항암약물치료 등의 정의)에서 정한 '항암약물치료' 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '암'의 치료를 직접적인 목적으로 제1항에서 정한 '항암호르몬약물허가치료제'를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 '안정성과 유효성 인정 범위'라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.
1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우

**【 유의사항 】**

**< 암질환심의위원회>**
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

< '안전성과 유효성 인정 범위' 확인 방법 >
· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템
(https://nedrug.mfds.go.kr)
- 의약품 검색
· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원((https://hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 항암호르몬약물허가치료제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 '항암호르몬약물허가치료제' 이외에 추가로 해당하는

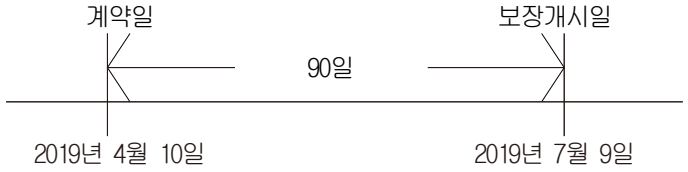
의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

**제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암'( '기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
다만, '기타피부암' 및 '갑상선암'에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 관계없이 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

< '암'( '기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일 >

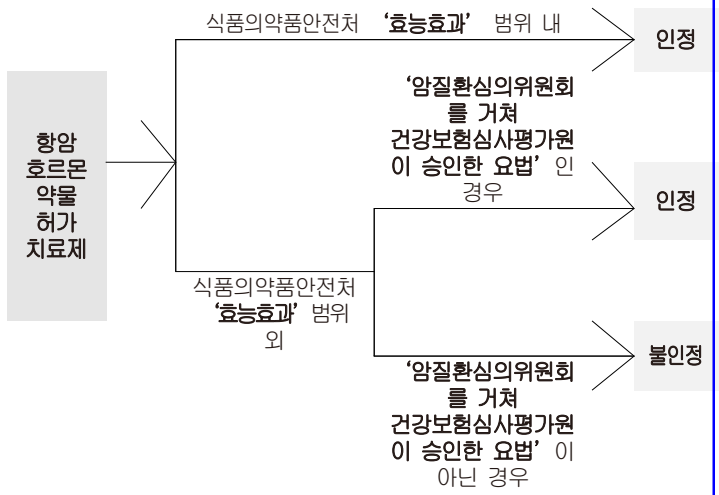



② 제1항에도 불구하고 제13조(특약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암'( '기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제39조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'( '기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2항의 항암호르몬약물허가치료보험금은 항암호르몬약물허가치료제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다.
다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【 용어해설 】

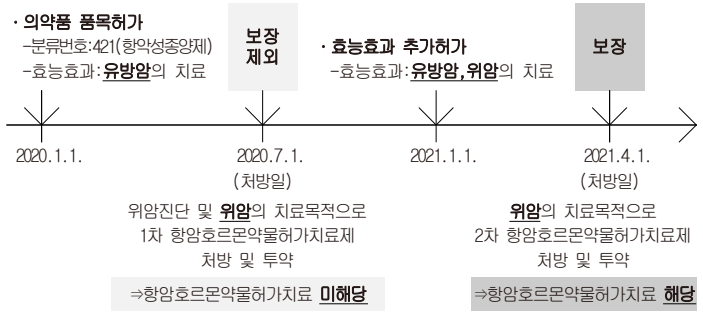
< 항암호르몬약물허가치료제의 안정성 및 유효성 인정 범위 >




④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2항의 '항암호르몬약물허가치료를 받은 경우'라 함은 항암호르몬약물허가치료제를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다.
다만, 제5조(항암호르몬약물허가치료제 등의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

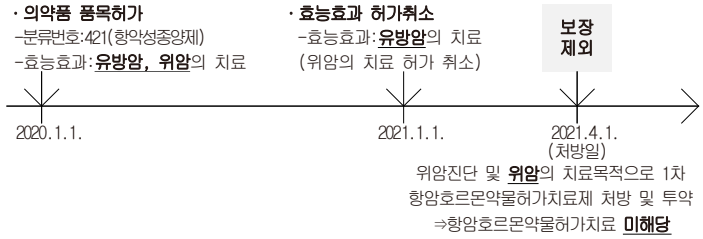
【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가)예시 >
: 의약품의 효능효과 추가 허가




【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제)예시 >
: 의약품의 효능효과 허가 취소




⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 입원은 피보험자가 퇴원없이 계속 입원한 경우 입원일수 및 항암호르몬약물허가치료(주사제) 치료횟수와 관계없이 1회로 봅니다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금은 암의 치료를 위한 입원 또는 통원이라 하더라도 제4조(항암약물치료 등의 정의) 및 제5조(항암호르몬약물허가치료제 등의 정의)의 항암호르몬약물허가치료(주사제)에 해당하지 않거나 항암치료를 위하여 보조적인 약물을 투여한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따른 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

## 제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

## 제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 항암호르몬약물허가치료 증명서
   가. 항암호르몬약물허가치료 진단서 또는 항암호르몬약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
      (1) 진단명
      (2) 투약한 약제의 제품명
      (3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행

신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명 사실확인서 포함)

5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

### 제9조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제10조 (특약의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암'( '기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'( '기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

### 제11조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제9조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

### 제12조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'( '기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대하여 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

### 제13조 (특약의 자동갱신)

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니

다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >
갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세
⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제14조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제15조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-51 갑상선암수술후호르몬약물치료(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '갑상선암'으로 진단확정되고, 그 '갑상선암'의 수술 후 '갑상선암수술후호르몬약물치료'를 받은 경우에는 최초1회에 한하여 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 갑상선암 수술후 호르몬약물치료보험금 | '갑상선암'으로 진단확정되고, 그 '갑상선암'의 수술 후 '갑상선암수술후 호르몬약물치료'를 받은 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

**제2조 (갑상선암의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에

있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표' 에 해당하는 질병 중 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

② '갑상선암' 의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '갑상선암' 의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '갑상선암' 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【 예시안내 】**

**< '제4항에 따른 진단방법이 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

**【 유의사항 】**

한국표준질병사인분류 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>

- '갑상선암(C73)' 과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)' 로 진단된 경우 '갑상선암(C73)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)' 이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)' 로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)' 이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)' 로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

④ 제2항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (갑상선암수술후호르몬약물치료 등의 정의)**

① 이 특약에서 '갑상선암수술후호르몬약물치료' 라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진자가 갑상선암호르몬치료제를 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

② 제1항에서 ‘갑상선암호르몬치료제’라 함은 피보험자의 ‘갑상선암’ 수술 후 치료 또는 재발 방지 목적으로 사용되는 호르몬 관련 약제를 말하며, ‘항암약물치료’는 해당되지 않습니다.

③ 식품의약품안전처 예규 ‘의약품 등 분류번호에 관한 규정’에서 갑상선암호르몬치료제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 ‘갑상선암호르몬치료제’ 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

**【 용어해설 】**

< 갑상선암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내 >

· 식품의약품안전처의약품통합정보시스템 (https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.
단, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 변동될 수 있습니다.

· 성분명 : ‘효능·효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.

· 의약품명 : 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미 합니다.

· 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. ‘갑상선암호르몬치료제’ 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

**제4조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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

④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

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

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>
· 체외 충격파 쇄석술
· 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
· 절개 또는 배농술
· 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
· 전기소작술
· IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

⑤ 제1항 내지 제3항의 '수술'은 '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제외합니다.

**제5조 (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.

**제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제7조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암수술후호르몬약물치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제9조 (특약의 자동갱신)**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제10조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제11조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-52 카티(CAR-T)항암약물허가치료(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증'으로 진단확정되고, 그 '카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증'의 직접적인 치료를 목적으로 '카티(CAR-T)항암약물허가치료'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

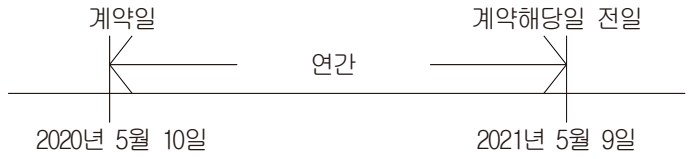
(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 카티 항암약물허가치료보험금 | '카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증'으로 '카티(CAR-T)항암약물허가치료'를 받은 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >



**제2조 ( ‘카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증’ 등의 정의)**

① 이 특약에서 ‘카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증’이라 함은 ‘암’ 중 제4조 (카티(CAR-T)항암약물허가치료제 및 카티(CAR-T)항암약물허가치료의 정의) 제 1항 및 제3항에서 정한 카티(CAR-T)치료제의 안정성과 유효성 인정범위에 따라 투약 처방이 가능한 ‘암’을 말합니다.

② 제1항에 따라 현시점(2023년 7월 기준) ‘카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증’은 다음 각 호와 같이 한정되어 있습니다. 그러나, 투약 처방 시점에 ‘카티(CAR-T)항암약물허가치료적응증’은 확대될 수 있으며, 이 때에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

1. B세포 급성 림프성 백혈병(ALL)
2. 미만성 거대 B세포 림프종(DLBCL)
3. 다발골수종

③ 이 특약에서 ‘암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

④ 이 특약에서 ‘기타피부암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 ‘갑상선암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ ‘암’, ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ 제6항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【 예시안내 】**

**< ‘제6항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑧ 제6항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (항암약물치료의 정의)**

이 특약에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

**제4조 (카티(CAR-T)항암약물허가치료제 및 카티(CAR-T)항암약물허가치료의 정의)**

① 이 특약에서 ‘카티(CAR-T)항암약물허가치료제’([별표52] 카티(CAR-T)항암약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명 분류표 참조)란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로, 환자의 면역T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 항체 바이러스 벡터를 활용하여 암세포의 표면항원에 특이적으로 반응하는 키메라항원수용체T세포(CAR-T 세포)를 발현시킨 뒤 다시 환자의 몸에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

【 용어해설 】

**<카티(CAR-T)항암약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내>**

· 식품의약품안전처의통합정보시스템 (https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.
단, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 변동될 수 있습니다.

· 성분명 : '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.

· 의약품명 : 제약사마다 상품판매를 이해 명명한 상품명(Brand name)을 의미합니다.

· 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. '카티(CAR-T)항암약물허가치료제' 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

② 이 특약에서 '카티(CAR-T)항암약물허가치료'라 함은 제3조(항암약물치료의 정의)에서 정한 '항암약물치료' 중 「의료법」 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증'의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 '카티(CAR-T)항암약물허가치료제'를 '안전성과 유효성 인정 범위' 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 '안전성과 유효성 인정 범위'라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우

【 용어해설 】

**< 암질환심의위원회 >**

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

**< '안전성과 유효성 인정 범위' 확인 방법 >**

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색

· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원((https://hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

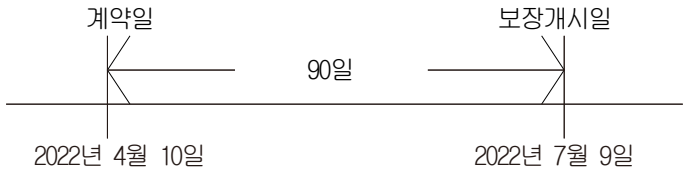
④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 카티(CAR-T)항암약물허가치료제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 '카티(CAR-T)항암약물허가치료제' 이외에 추가로 해당되는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '암' 에 대한 보장개시일 >




② 제1항에도 불구하고 제12조(특약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암' 에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.
다만, 보통약관 제39조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암' 에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

③ '기타피부암' 또는 '갑상선암'에 대한 보장개시일 전일 이전에 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정 받더라도 '기타피부암 또는 '갑상선암'에 대한 보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 제1항에서 정한 '기타피부암' 및 '갑상선암'에 대한 보장개시일부터 5년이 지난 이후에 '기타피부암' 및 '갑상선암'에 대해 제1조(보험금의 지급사유)의 보장을 개시합니다.

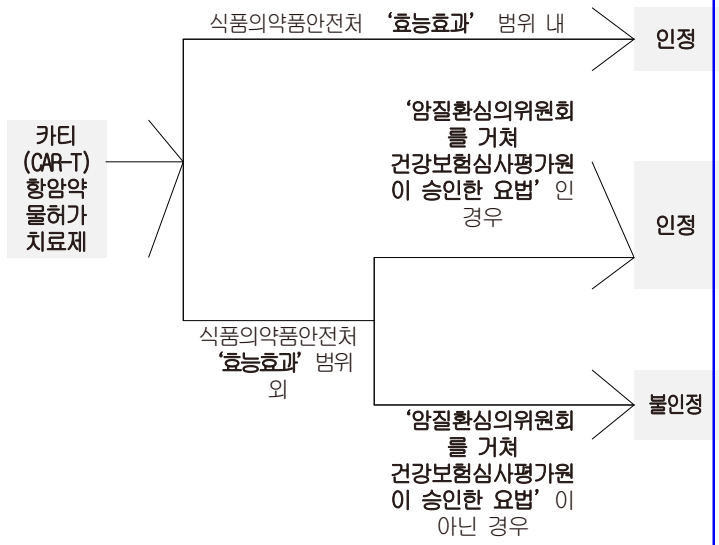
【 유의사항 】

추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.
1. 검진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 해당 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

④ 제1조(보험금의 지급사유)의 카티(CAR-T)항암약물허가치료보험금은 '카티(CAR-T)항암약물허가치료제' 를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【 용어해설 】

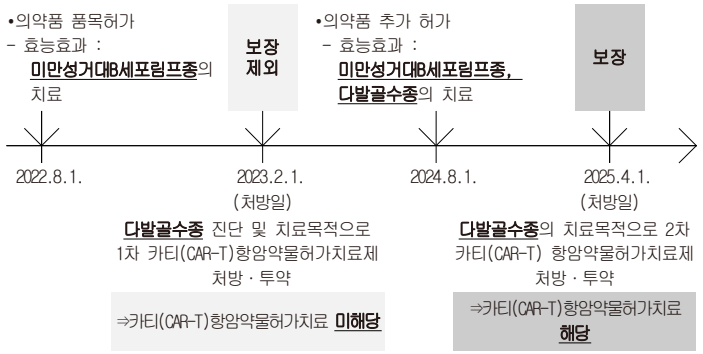
<카티(CAR-T)항암약물허가치료제의 안정성 및 유효성 인정 범위>




⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 '카티(CAR-T)항암약물허가치료' 를 받은 경우라 함은 '카티(CAR-T)항암약물허가치료제' 를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(카티(CAR-T)항암약물허가치료제 및 카티(CAR-T)항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

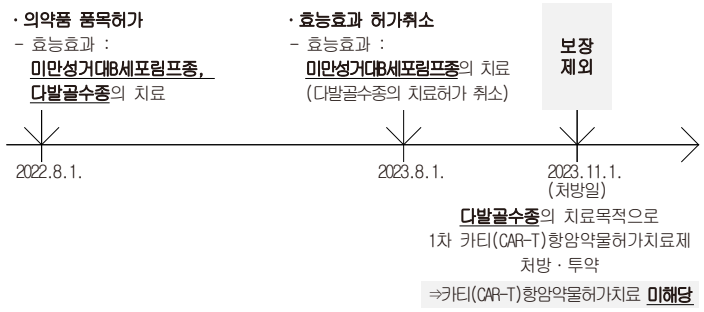
【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가)예시 >
: 의약품의 효능효과 추가 허가




【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제)예시 >
: 의약품의 효능효과 허가 취소




⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

### 제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 카티(CAR-T)항암약물허가치료 증명서
   가. 카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증 진단확인서, 카티(CAR-T)항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
   (1) 진단명
   (2) 투약한 약제의 제품명
   (3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
   (4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

**제8조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제9조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암'( '기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'( '기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제8조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제11조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'에 대하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제12조 (특약의 자동갱신)**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계

약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >
갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세
⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.
⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

### 제13조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.
② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

### 제14조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-53 전이암항암약물치료(간편건강고지)보장 특별약관

### 제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '전이암'으로 진단확정되고, 그 '전이암'의 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | |
|---|---|---|---|
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 |
| 전이암의 항암약물치료보험금 | '전이암'으로 항암약물 치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |

### 제2조 ('전이암' 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 '전이암'이라 함은 제2항에서 정한 '림프절전이암' 및 제3항에서 정한 '특정전이암'을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
② 이 특별약관에서 '림프절전이암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표76] '전이암 분류표'에서 정한 분류번호

C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 '특정전이암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표76] "전이암 분류표"에서 정한 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)) 및 C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))을 말합니다.

④ '전이암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '전이암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '전이암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

**< '제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (항암약물치료 정의)**

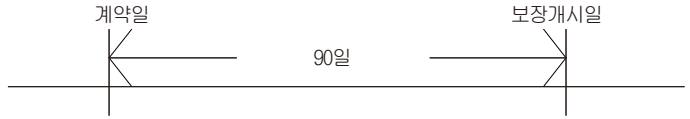
이 특약에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '전이암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

**< '전이암'에 대한 보장개시일 >**




② 보통약관 제39조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '전이암'에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

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

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '전이암'에 대한 보장개시일 전일 이전에 '전이암'

으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제7조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 전이암의 항암약물치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-54 전이암항암방사선치료(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '전이암'으로 진단확정되고, 그 '전이암'의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | |
|---|---|---|---|
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 |
| 전이암의 항암방사선치료보험금 | '전이암'으로 항암방사선 치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |

**제2조 ('전이암' 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '전이암'이라 함은 제2항에서 정한 '림프절전이암' 및 제3항에서 정한 '특정전이암'을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '림프절전이암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표76] '전이암 분류표'에서 정한 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 '특정전이암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표76] "전이암 분류표"에서 정한 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)), C79(기타 및 상세불

명 부위의 이차성 악성 신생물(암)) 및 C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))을 말합니다.

④ '전이암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '전이암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '전이암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

**< '제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (항암방사선치료 정의)**

이 특약에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '전이암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

**< '전이암'에 대한 보장개시일 >**

② 보통약관 제39조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '전이암'에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

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

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '전이암'에 대한 보장개시일 전일 이전에 '전이암'으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여

돌려 드립니다.

**제7조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 전이암의 항암방사선 치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-55 전이암표적항암약물허가치료(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제3항에서 정한 보장개시일 이후 '전이암'으로 진단확정되고, 그 '전이암'의 치료를 직접적인 목적으로 '표적항암약물허가치료'를 받은 경우에는 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 전이암의 표적항암약물허가치료보험금 | '전이암'으로 '표적항암약물허가치료'를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |

**제2조 ('전이암' 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '전이암'이라 함은 제2항에서 정한 '림프절전이암' 및 제3항에서 정한 '특정전이암'을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '림프절전이암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표76] '전이암 분류표'에서 정한 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 '특정전이암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표76] "전이암 분류표"에서 정한 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)) 및 C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))을 말합니다.

④ '전이암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '전이암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '전이암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

**< '제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (항암약물치료의 정의)**

이 특약에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

**제4조 (표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)**

① 이 특약에서 '표적항암제'란 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)'(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 '표적항암제'의 범위에서 제외됩니다.

【 용어해설 】

**< 호르몬 관련 치료제 >**

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제재, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

**< 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내 >**

· 식품의약품안전처의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다. 단, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 변동될 수 있습니다.

· 성분명 : '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.

· 의약품명 : 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미 합니다.

· 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. "표적항암제" 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

② 이 특약에서 '표적항암약물허가치료'라 함은 제3조(항암약물치료의 정의)에서 정한 '항암약물치료' 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '암'의 치료를 직접적인 목적으로 제1항에서 정한 '표적항암제'를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 '안정성과 유효성 인정 범위'라 함은 다음 각호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우

【 용어해설 】

**< 암질환심의위원회>**

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

**< '안전성과 유효성 인정 범위' 확인 방법 >**

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) – 의약품 검색

· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원((https://hira.or.kr) – 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

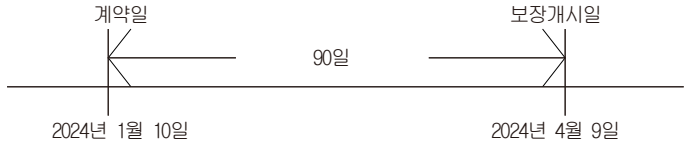
④ 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 '표적항암제' 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '전이암' 에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

**< '전이암' 에 대한 보장개시 >**



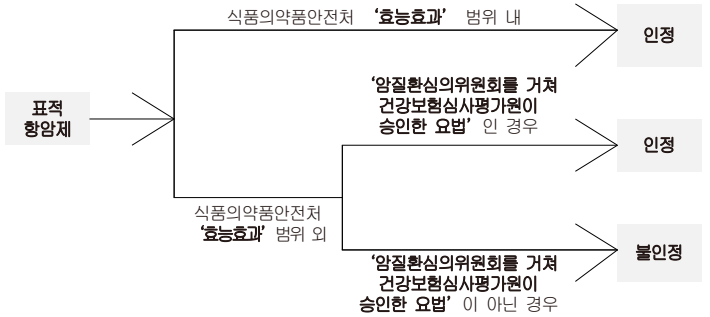

② 제1항에도 불구하고 이 특약을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 제11조(특약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약은 '전이암' 에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

③ 보통약관 제39조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '전이암' 에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료보험금은 표적항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【 용어해설 】

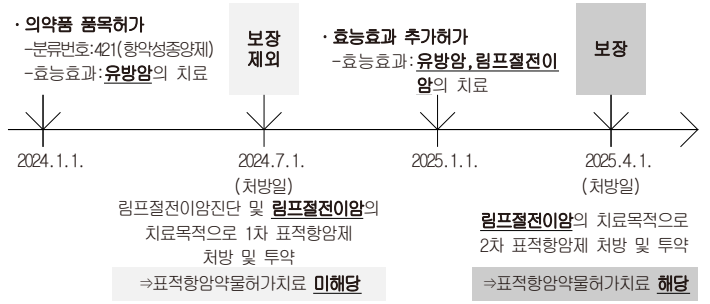
< 표적항암제의 안정성 및 유효성 인정 범위 >




⑤ 제1조(보험금의 지급사유)의 '표적항암약물허가치료를 받은 경우' 라 함은 표적항암제를 처방받고 약물이 투여되었을때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

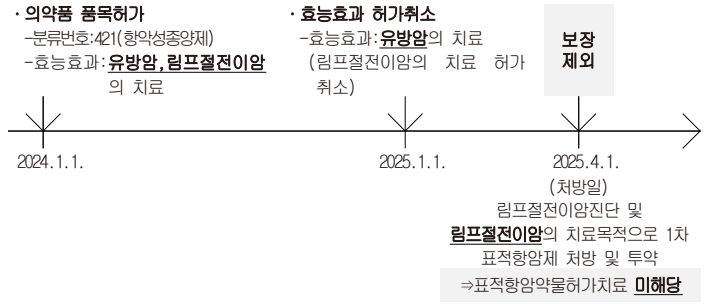
【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가)예시 >
: 의약품의 효능효과 추가 허가




【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제)예시 >
: 의약품의 효능효과 허가 취소




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

판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제7조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
      (1) 진단명
      (2) 투약한 약제의 제품명
      (3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

**제8조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '전이암'에 대한 보장개시일 전일 이전에 '전이암'으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제9조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 전이암의 표적항암약물허가치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제9조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제11조 (특약의 자동갱신)**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니

다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

**< 43세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**
갱신시점의 나이 : 48세, 58세 ~ 88세, 98세
⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 2년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

## 제12조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '전이암'에 대하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

## 제13조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음의 최초의 평일에 만료됩니다.

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

## 제14조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-56 전이암항암호르몬약물허가치료(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

### 제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제3항에서 정한 보장개시일 이후 '전이암'으로 진단확정되고, 그 '전이암'의 치료를 직접적인 목적으로 '항암호르몬약물허가치료'를 받은 경우에는 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 전이암의 항암호르몬약물허가치료보험금 | '전이암'으로 '항암호르몬약물허가치료'를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |

### 제2조 ('전이암' 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 '전이암'이라 함은 제2항에서 정한 '림프절전이암' 및 제3항에서 정한 '특정전이암'을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '림프절전이암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표76] '전이암 분류표'에서 정한 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 '특정전이암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표76] "전이암 분류표"에서 정한 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)) 및 C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))을 말합니다.

④ '전이암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '전이암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '전이암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【 예시안내 】**

**< '제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

### 제3조 (항암약물치료의 정의)

이 특약에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한

함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

**제4조 (항암호르몬약물허가치료제 등의 정의)**

① 이 특약에서 '항암호르몬약물허가치료제'([별표34] 참조)란 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 치료제를 말합니다.

**【 용어해설 】**

**< 호르몬 관련 치료제 >**
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제재, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

**< 항암호르몬약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내 >**
- 식품의약품안전처의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.
  단, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 변동될 수 있습니다.
- 성분명 : '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명 : 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. '항암호르몬약물허가치료제' 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

② 이 특약에서 '항암호르몬약물허가치료'라 함은 제3조(항암약물치료의 정의)에서 정한 '항암약물치료' 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '암' 의 치료를 직접적인 목적으로 제1항에서 정한 '항암호르몬약물허가치료제'를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 '안정성과 유효성 인정 범위'라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.
1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우

**【 용어해설 】**

**< 암질환심의위원회>**
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

**< '안전성과 유효성 인정 범위' 확인 방법 >**
- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
  : 건강보험심사평가원((https://hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 항암호르몬약물허가치료제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 '항암호르몬약물허가치료제' 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

## 제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '전이암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '전이암'에 대한 보장개시일 >

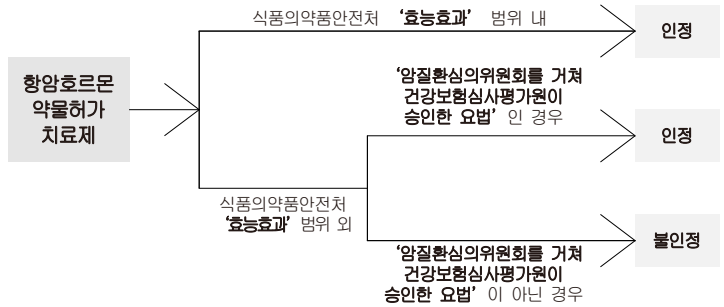
② 제1항에도 불구하고 이 특약을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 제11조(특약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약은 '전이암'에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

③ 보통약관 제39조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '전이암'에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유)의 항암호르몬약물허가치료보험금은 항암호르몬약물허가치료제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다.
다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【 용어해설 】

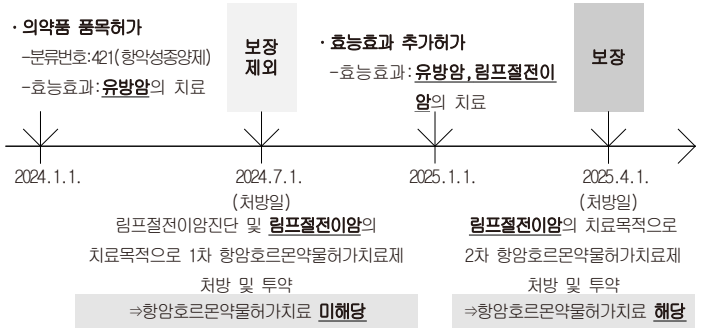
< 항암호르몬약물허가치료제의 안정성 및 유효성 인정 범위 >




⑤ 제1조(보험금의 지급사유)의 '항암호르몬약물허가치료를 받은 경우'라 함은 항암호르몬약물허가치료제를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다.
다만, 제4조(항암호르몬약물허가치료제 등의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

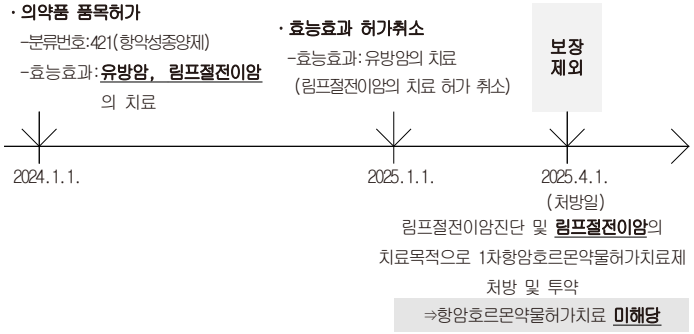
【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가)예시 >
: 의약품의 효능효과 추가 허가




【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제)예시 >
: 의약품의 효능효과 허가 취소




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

### 제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

### 제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 항암호르몬약물허가치료 증명서
   가. 항암호르몬약물허가치료 진단서 또는 항암호르몬약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
      (1) 진단명
      (2) 투약한 약제의 제품명
      (3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

### 제8조 (특약의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특

약의 계약일부터 '전이암'에 대한 보장개시일 전일 이전에 '전이암'으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제9조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 전이암의 항암호르몬 약물허가치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제9조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제11조 (특약의 자동갱신)**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.

다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 43세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 48세, 58세 ~ 88세, 98세

⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 2년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.

다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제12조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시

이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '전이암'에 대하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제13조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음의 최초의 평일에 만료됩니다.

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제14조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-57 전이암항암방사선(양성자)치료(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '전이암'으로 진단확정되고, 그 '전이암'의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선(양성자)치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 전이암의 항암방사선(양성자)치료보험금 | '전이암'으로 항암방사선(양성자)치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |

**제2조 ('전이암' 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '전이암'이라 함은 제2항에서 정한 '림프절전이암' 및 제3항에서 정한 '특정전이암'을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '림프절전이암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표76] '전이암 분류표'에서 정한 분류번호

C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 '특정전이암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표76] "전이암 분류표"에서 정한 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)) 및 C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))을 말합니다.

④ '전이암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '전이암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '전이암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

**< '제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

### 제3조 (항암방사선(양성자)치료 등의 정의)

① 이 특약에서 '항암방사선(양성자)치료'라 함은 제2항의 '항암방사선치료' 중 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 양성자를 이용하여 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특약에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

【 용어해설 】

**< 항암방사선(양성자)치료 >**

방사선 치료의 하나로, 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리 된 양성자를 이용하여 환자를 치료하는 암 치료법을 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서는 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성을 가지고 있으며 이를 치료에 이용하고 있습니다. 양성자 방사선치료의 장점은 암 표적 부위에 도달하기 전까지 일반 정상 조직에는 거의 방사선을 조사하지 않으며 종양에 도달하면 모든 에너지를 방출하고 바로 소멸되어서 종양 뒤의 정상조직에는 전혀 영향을 주지 않기 때문에 양성자 치료는 종양을 둘러싼 건강한 정상 조직의 손상 위험을 최소화 합니다.

### 제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '전이암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

**< '전이암'에 대한 보장개시일 >**

② 제1항에도 불구하고 이 특약을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 제9조(특약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약은 '전이암'에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

③ 보통약관 제39조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '전이암' 에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

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

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '전이암' 에 대한 보장개시일 전일 이전에 '전이암' 으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제7조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 전이암의 항암방사선(양성자)치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제9조 (특약의 자동갱신)**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약' 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종 니다.

다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 43세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 48세, 58세 ~ 88세, 98세

⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 2년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.

다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제10조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '전이암'에 대하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제11조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음의 최초의 평일에 만료됩니다.

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제12조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-58 전이암항암방사선(세기조절)치료(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제3항에서 정한 보장개시일 이후 '전이암'으로 진단확정되고, 그 '전이암'의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선(세기조절)치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 전이암의 항암방사선(세기조절) 치료보험금 | '전이암'으로 항암방사선(세기조절)치료를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |

**제2조 ( '전이암' 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '전이암'이라 함은 제2항에서 정한 '림프절전이암' 및 제3항에서 정한 '특정전이암'을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '림프절전이암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표76] '전이암 분류표'에서 정한 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 '특정전이암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표76] "전이암 분류표"에서 정한 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)) 및 C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))을 말합니다.

④ '전이암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '전이암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '전이암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【 예시안내 】**

**< '제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (항암방사선(세기조절)치료 등의 정의)**

① 이 특약에서 '항암방사선(세기조절)치료'라 함은 제2항의 '항암방사선치료' 중 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 '세기조절방사선치료법'을 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료법을 말합니다.
다만, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.

② 이 특약에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

**【 용어해설 】**

**< 세기조절방사선치료법 >**

방사선 조사 방향을 수십배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료를 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3

항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '전이암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '전이암'에 대한 보장개시일 >

② 제1항에도 불구하고 이 특약을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 제9조(특약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약은 '전이암'에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

③ 보통약관 제39조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '전이암'에 대하여 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

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

### 제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

### 제6조 (특약의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '전이암'에 대한 보장개시일 전일 이전에 '전이암'으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

### 제7조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 전이암의 항암방사선(세기조절)치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

### 제9조 (특약의 자동갱신)

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출

에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

**< 43세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**
갱신시점의 나이 : 48세, 58세 ~ 88세, 98세
⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 2년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

## 제10조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '전이암'에 대하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

## 제11조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음의 최초의 평일에 만료됩니다.

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

## 제12조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-59 말기암호스피스통증완화치료(입원형,가정형, 최초1회한)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후 '암'으로 진단확정되고, '말기암환자'를 대상으로 하는 '말기암환자 완화의료' 치료를 목적으로 피보험자가 '호스피스전문기관'으로부터 입원형 또는 가정형 호스피스 완화의료 치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | |
|---|---|---|---|
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 |
| 말기암 호스피스 통증완화 치료 보험금 | 말기암환자가 '호스피스·완화의료' 목적으로 '호스피스전문기관'의 입원형 또는 가정형 호스피스·완화의료 치료를 받은 경우 | 이 특약 보험 가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험 가입금액의 100% 해당액 |

**제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다

② '암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【 예시안내 】**

**< '제2항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

④ 제2항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (말기암환자,호스피스전문기관 및 말기암환자 완화의료의 정의)**

① 이 특약에서 '말기암환자'라 함은 「암관리법」 제2조(정의) 제1호에 따라 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 몇 개월 내 사망할 것으로 예상되는 암환자를 말합니다.

② 이 특약에서 '호스피스전문기관'이라 함은 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제25조(호스피스 전문기관의 지정 등)에 따라 보건복지부장관에 의하여 지정된 의료기관을 말합니다.

③ 이 특약에서 '말기암환자 완화의료'라 함은 「암관리법」 제2조(정의) 제2호에 따라 통증과 증상의 완화를 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 통하여 말기암환자와 그 가족의 삶의 질을 향상시키는 것을 목적으로 하는 의료로써로서, 「호스피스 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제28조(호스피스의 신청)에 따라 해당 말기암환자가 '호스피스전문기관'에 가정형 호스피스 또는 입원형 호스피스를 신청하고, 제공받은 경우를 말합니다.

【 관련법규 】

**< 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 >**

**제2조(정의)** 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. '임종과정'이란 회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태를 말한다.
2. '임종과정에 있는 환자'란 제16조에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자를 말한다.
3. '말기환자'란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
6. '호스피스·완화의료'란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.
   가. 암
   나. 후천성면역결핍증
   다. 만성 폐쇄성 호흡기질환
   라. 만성 간경화
   마. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환 (만성호흡부전)

**제25조(호스피스전문기관의 지정 등)**

① 보건복지부장관은 호스피스대상환자를 대상으로 호스피스전문기관을 설치·운영하려는 의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등의 기준을 충족하는 의료기관을 입원형, 자문형, 가정형으로 구분하여 호스피스전문기관으로 지정할 수 있다.

【 관련법규 】

**제28조(호스피스의 신청)**

① 호스피스대상환자가 호스피스전문기관에서 호스피스를 이용하려는 경우에는 호스피스 이용동의서(전자문서로 된 동의서를 포함한다)와 의사가 발급하는 호스피스대상환자임을 나타내는 의사소견서(전자문서로 된 소견서를 포함한다)를 첨부하여 호스피스 전문기관에 신청하여야 한다.

**< 입원형 호스피스 >**

보건복지부 지정 호스피스 전문기관 병동에 입원한 말기암 환자와 가족들에게 호스피스완화의료 서비스를 제공하는 것

**< 가정형 호스피스 >**

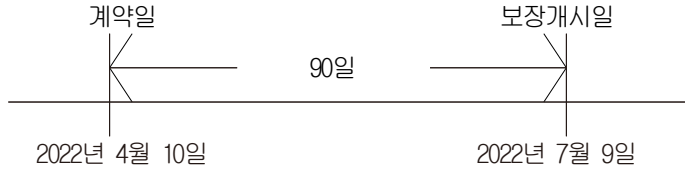
가정에서 지내기를 원하는 말기암 환자와 가족에게 보건복지부 지정 전문기관의 호스피스팀이 가정으로 방문하여 호스피스완화의료 서비스를 제공하는 것

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

**< '암'에 대한 보장개시일 >**




② '기타피부암' 또는 '갑상선암'에 대한 보장개시일 전일 이전에 '기타피부암' 또는 '갑상선암'으로 진단확정 받더라도 '기타피부암 또는 '갑상선암'에 대한 보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 '기타피부암' 또

는 '갑상선암'으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 제1항에서 정한 '기타피부암' 및 '갑상선암'에 대한 보장개시일부터 5년이 지난 이후에 '기타피부암' 및 '갑상선암'에 대해 제1조(보험금의 지급사유)의 보장을 개시합니다.

**【 유의사항 】**

추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 해당 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

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

### 제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

### 제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 의사소견서, 호스피스 이용 동의서, 진료비세부내역서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

### 제7조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기암호스피스통증완화치료보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제8조 (특약의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

### 제9조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

### 제10조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'에 대하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

### 제11조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-60 특정NGS유전자패널검사(연간1회한,급여)(간편건강고지)보장 특별약관

### 제1조 (보험금의 지급사유)

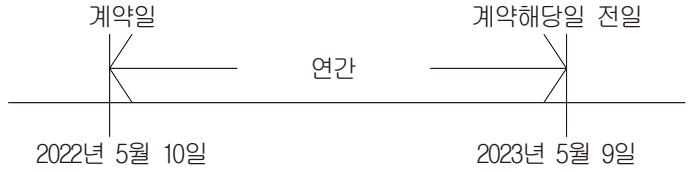
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 암보장개시일 이후 '암'으로 진단확정되고, 그 암의 치료를 위한 필요소견을 토대로 '급여 특정NGS유전자패널검사'를 받은 경우 각 검사당 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 급여 특정NGS유전자 패널검사보험금 | 비유전성 유전자검사-고형암-Level Ⅰ | 이 특약의 보험가입금액 |
| | 비유전성 유전자검사-고형암-Level Ⅱ | 이 특약의 보험가입금액 |
| | 비유전성 유전자검사-혈액암-Level Ⅰ | 이 특약의 보험가입금액 |
| | 비유전성 유전자검사-혈액암-Level Ⅱ | 이 특약의 보험가입금액 |

② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >




### 제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ '암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

**【 예시안내 】**

**< '제4항에 따른 진단방법이 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

**【 유의사항 】**

한국표준질병사인분류 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>

· '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

· '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑥ 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (급여 특정NGS유전자패널검사의 정의)**

① 이 특약에서 '급여 특정NGS유전자패널검사'라 함은 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 [별표59] '급여 특정NGS유전자패

널검사 대상 수가코드’에 해당하는 아래의 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

| 대상이 되는 의료 행위 | 의료행위 수가코드 |
|---|---|
| 차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사비-비유전성 유전자검사-고형암-Level Ⅰ | CB003 |
| 차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사비-비유전성 유전자검사-고형암-Level Ⅱ | CB004 |
| 차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사비-비유전성 유전자검사-혈액암-Level Ⅰ | CB005 |
| 차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사비-비유전성 유전자검사-혈액암-Level Ⅱ | CB006 |

【 용어해설】

**<차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사>**
차세대염기서열분석(NGS, Next Generation Sequencing)기반 유전자패널검사는 기존 단일 유전자 검사(Sanger sequencing)와 달리 한번에 수십에서 수백개의 유전자를 하나의 패널로 구성하여 유전자 분석을 하는 검사를 말합니다.

② 제1항의 ‘급여 특정NGS유전자패널검사’는 ‘선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준’ 고시 제5조(선별급여 실시기관의 승인 및 관리) 및 별표3(실시조건)에 근거한 ‘차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사 실시 승인 기관’으로 지정된 기관에서 실시된 경우에 한합니다.

③ 제1항의 ‘급여 특정NGS유전자패널검사’는 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 ‘급여 특정NGS유전자패널검사’에 준하여 수가코드를 결정합니다.

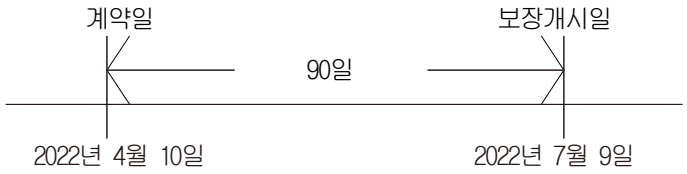
⑤ 제1항 내지 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 ‘급여 특정NGS유전자패널검사’ 외에 ‘급여 특정NGS유전자패널검사’에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 보장에서 ‘암’에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘암’ 에 대한 보장개시일 >




② ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 진단확정 받더라도 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’에 대한 보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 ‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 제1항에서 정한 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’에 대한 보장개시일부터 5년이 지난 이후에 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’에 대해 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보장을 개시합니다.

【 유의사항 】

추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.
1. 검진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 해당 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서( '건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)' 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명 사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

**제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제7조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암'( '기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'( '기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제8조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제9조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제8조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제10조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한

때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'에 대하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제11조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-61 뇌출혈진단(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '뇌출혈'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | |
|---|---|---|---|
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 |
| 뇌출혈 진단보험금 | '뇌출혈'으로 진단확정된 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |

**제2조 (뇌출혈의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '뇌출혈'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표47] '뇌출혈 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 거미막하출혈 | I60 |
| 2. 뇌내출혈 | I61 |
| 3. 기타 비외상성 두개내 출혈 | I62 |

② '뇌출혈'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제6조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-62 뇌졸중진단(간편건강고지)보장 특별약관 / 뇌졸중진단(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '뇌졸중'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 뇌졸중 진단보험금 | '뇌졸중'으로 진단확정된 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |

**제2조 (뇌졸중의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '뇌졸중'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표14] '뇌졸중 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② '뇌졸중'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의

병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제6조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-63 특정뇌혈관질환진단(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '특정뇌혈관질환'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 계약일 부터 90일 이내 | 계약일부터 90일 초과 1년 미만 | 계약일 부터 1년 이상 |
| 특정뇌혈관질환 진단보험금 | '특정뇌혈관질환'으로 진단확정된 경우 | 이 특약 보험가입금액의 10% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |

**제2조 (특정뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '특정뇌혈관질환'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표48] '특정뇌혈관질환 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② '특정뇌혈관질환'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방

출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제6조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정뇌혈관질환진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-64 뇌혈관질환진단(간편건강고지)보장 특별약관 / 뇌혈관질환진단(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '뇌혈관질환'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 90일 이내 | 계약일부터 90일 초과 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 뇌혈관질환 진단보험금 | '뇌혈관질환'으로 진단확정된 경우 | 이 특약 보험가입 금액의 10% 해당액 | 이 특약 보험가입 금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |

**제2조 (뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '뇌혈관질환'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표15] '뇌혈관질환 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② '뇌혈관질환'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제6조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-65 뇌혈관질환(Ⅰ)진단(간편건강고지)보장 특별약관/ 뇌혈관질환(Ⅰ)진단(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '뇌혈관질환(Ⅰ)'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 90일 이내 | 계약일부터 90일 초과 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 뇌혈관질환(Ⅰ)진단보험금 | '뇌혈관질환(Ⅰ)'으로 진단확정된 경우 | 이 특약 보험가입금액의 10% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |

**제2조 (뇌혈관질환(Ⅰ)의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '뇌혈관질환(Ⅰ)'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표41] '뇌혈관질환(Ⅰ) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② '뇌혈관질환(Ⅰ)'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌혈관질환(Ⅰ)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환(Ⅰ)으로 확정되거나 추정되는 경우

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

다만, 회사가 제6조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환(Ⅰ)진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로

통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (특약의 자동갱신)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약' 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이' 라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**
갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세
⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-66 뇌혈관질환(Ⅱ)진단(간편건강고지)보장 특별약관 / 뇌혈관질환(Ⅱ)진단(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '뇌혈관질환(Ⅱ)'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에

게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 90일 이내 | 계약일부터 90일 초과 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 뇌혈관질환(Ⅱ)진단보험금 | '뇌혈관질환(Ⅱ)'으로 진단확정된 경우 | 이 특약 보험가입금액의 10% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |

**제2조 (뇌혈관질환(Ⅱ)의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '뇌혈관질환(Ⅱ)'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표42] '뇌혈관질환(Ⅱ) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② '뇌혈관질환(Ⅱ)'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌혈관질환(Ⅱ)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환(Ⅱ)으로 확정되거나 추정되는 경우

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

다만, 회사가 제6조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환(Ⅱ)진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

**제7조 (특약의 자동갱신)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약' 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이' 라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**
갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세
⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-67 급성심근경색증진단(간편건강고지)보장특별약관 / 급성심근경색증진단(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '급성심근경색증'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 급성심근경색증진단보험금 | '급성심근경색증'으로 진단확정된 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |

**제2조 (급성심근경색증의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '급성심근경색증'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표16] '급성심근경색증 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② '급성심근경색증'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

다만, 회사가 제6조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-68 특정허혈심장질환진단(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '특정허혈심장질환진단'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 계약일 부터 90일 이내 | 계약일부터 90일 초과 1년 미만 | 계약일 부터 1년 이상 |
| 특정허혈 심장질환 진단보험금 | '특정허혈심장 질환'으로 진단확정된 경우 | 이 특약 보험가입 금액의 10% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험 가입금액의 100% 해당액 |

**제2조 (허혈심장질환진단의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '특정허혈심장질환'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표49] '특정허혈심장질환 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② '특정허혈심장질환'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

다만, 회사가 제6조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정허혈심장질환진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-69 허혈심장질환진단(간편건강고지)보장 특별약관 / 허혈심장질환진단(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '허혈심장질환진단'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 90일 이내 | 계약일부터 90일 초과 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 허혈심장질환진단보험금 | '허혈심장질환'으로 진단확정된 경우 | 이 특약 보험가입금액의 10% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |

**제2조 (허혈심장질환진단의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '허혈심장질환'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표17] '허혈심장질환 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② '허혈심장질환'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급

사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제6조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈심장질환진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-70 심혈관질환(특정Ⅰ,I49제외)진단(간편건강고지) 보장 특별약관 / 심혈관질환(특정Ⅰ,I49제외)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '심혈관질환(특정Ⅰ,I49제외)'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 90일 이내 | 계약일부터 90일 초과 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 심혈관질환(특정Ⅰ,I49제외) 진단보험금 | '심혈관질환(특정Ⅰ,I49제외)'으로 진단확정된 경우 | 이 특약 보험가입금액의 10% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |

**제2조 (심혈관질환(특정Ⅰ,I49제외)의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '심혈관질환(특정Ⅰ,I49제외)'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표43] '심혈관질환(특정Ⅰ,I49제외) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② '심혈관질환(특정Ⅰ,I49제외)'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등 검사결과 상기 질환으로 진단할 수 있는 객관적인 이상 소견을 보이는 경우 진단합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 심혈관질환(특정Ⅰ,I49제외)로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 심혈관질환(특정Ⅰ,I49제외)로 확정되거나 추정되는 경우

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사

유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제6조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 심혈관질환(특정Ⅰ,Ⅰ49제외)진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-71 심혈관질환(I49)진단(간편건강고지)보장특별약관 / 심혈관질환(I49)진단(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '심혈관질환(I49)'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 90일 이내 | 계약일부터 90일 초과 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 심혈관질환(I49)진단보험금 | '심혈관질환(I49)'로 진단확정된 경우 | 이 특약 보험가입금액의 10% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |

**제2조 (심혈관질환(I49)의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '심혈관질환(I49)'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표51] '심혈관질환(I49) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② '심혈관질환(I49)'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등 검사결과 상기 질환으로 진단할 수 있는 객관적인 이상 소견을 보이는 경우 진단합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 심혈관질환(I49)로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 심혈관질환(I49)로 확정되거나 추정되는 경우

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제6조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 심혈관질환(I49)진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는

계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**
이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-72 심혈관질환(특정2대)진단(간편건강고지)보장 특별약관 / 심혈관질환(특정2대)진단(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '심혈관질환(특정2대)'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 90일 이내 | 계약일부터 90일 초과 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 심혈관질환(특정2대) 진단 보험금 | '심혈관질환(특정2대)'로 진단확정된 경우 | 이 특약 보험가입금액의 10% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |

**제2조 (심혈관질환(특정2대)의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '심혈관질환(특정2대)'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표70] '심혈관질환(특정2대) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② '심혈관질환(특정2대)'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등 검사결과 상기 질환으로 진단할 수 있는 객관적인 이상 소견을 보이는 경우 진단합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 심혈관질환(특정2대)로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 심혈관질환(특정2대)로 확정되거나 추정되는 경우

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제6조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 심혈관질환(특정2대) 진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는

계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**
이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-73 심혈관질환(주요심장염증)진단(간편건강고지) 보장 특별약관 / 심혈관질환(주요심장염증)(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '심혈관질환(주요심장염증)'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 90일 이내 | 계약일부터 90일 초과 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 심혈관질환(주요심장염증) 진단보험금 | '심혈관질환(주요심장염증)'으로 진단확정된 경우 | 이 특약 보험가입금액의 10% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |

**제2조 (심혈관질환(주요심장염증)의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '심혈관질환(주요심장염증)'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표44] '심혈관질환(주요심장염증) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② '심혈관질환(주요심장염증)'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 심전도, 심장초음파, 흉부CT 및 MRI, 심도자 검사, 혈액중 심장효소검사 등 검사결과 상기 질환으로 진단할 수 있는 객관적인 이상 소견을 보이는 경우 진단합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 심혈관질환(주요심장염증)로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 심혈관질환(주요심장염증)로 확정되거나 추정되는 경우

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제6조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 심혈관질환(주요심장염증)진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는

계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**
이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-74 심혈관질환(특정Ⅱ)진단(간편건강고지) 보장 특별약관 / 심혈관질환(특정Ⅱ)(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '심혈관질환(특정Ⅱ)'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 90일 이내 | 계약일부터 90일 초과 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 심혈관질환(특정Ⅱ)진단보험금 | '심혈관질환(특정Ⅱ)'으로 진단확정된 경우 | 이 특약 보험가입금액의 10% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |

**제2조 (심혈관질환(특정Ⅱ)의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '심혈관질환(특정Ⅱ)'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표45] '심혈관질환(특정Ⅱ) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② '심혈관질환(특정Ⅱ)'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등 검사결과 상기 질환으로 진단할 수 있는 객관적인 이상 소견을 보이는 경우 진단합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 심혈관질환(특정Ⅱ)로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 심혈관질환(특정Ⅱ)로 확정되거나 추정되는 경우

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제6조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 심혈관질환(특정Ⅱ)진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**
갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세
⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는

계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**
이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-75 통풍진단(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후 '통풍'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | |
|---|---|---|---|
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 |
| 통풍진단 보험금 | '통풍'으로 진단확정된 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |

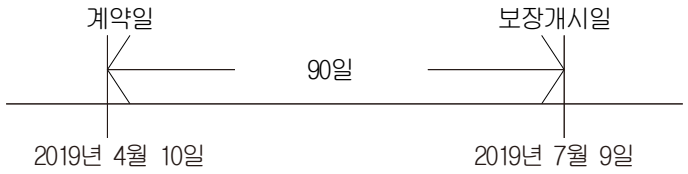
**제2조 (통풍의 정의 및 진단확정)**
① 이 특약에서 '통풍'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표18] '통풍 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
② '통풍'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며 임상학적 기준을 근거로 혈청 요산 검사, 관절액 채취 및 편광현미경 검사, 기타 혈액검사 등의 검사 소견 및 초음파, 이중에너지 컴퓨터 단층촬영, 방사선 검사 등의 영상 소견을 기초로 하여야 합니다.

**【 유의사항 】**
피보험자가 해당질병으로 진단되지 않은 상태에서 해당 질병이 의심되거나 추정적인 진단으로는 보장되지 않습니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**
① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '통풍' 에 대한 보장개시일 >




② 피보험자가 보험기간 중에 제1항의 보장개시일 이후 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제7조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '통풍' 에 대한 보장개시일 전일 이전에 최초로 발생한 통풍으로 진단 확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 통풍진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니

다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '통풍'에 대하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

### 제9조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-76 대상포진진단(간편건강고지)보장 특별약관

### 제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '대상포진'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | |
|---|---|---|---|
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 |
| 대상포진 진단보험금 | '대상포진'으로 진단확정된 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |

### 제2조 (대상포진의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 '대상포진'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표19] '대상포진 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② '대상포진'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

**【 유의사항 】**

피보험자가 해당질병으로 진단되지 않은 상태에서 해당 질병이 의심되거나 추정적인 진단으로는 보장되지 않습니다.

### 제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제6조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고

그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 대상포진진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-77 대상포진눈병진단(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '대상포진눈병'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | |
|---|---|---|---|
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 |
| 대상포진눈병 진단 보험금 | '대상포진눈병'으로 진단확정된 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |

**제2조 (대상포진눈병의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '대상포진눈병'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표20] '대상포진눈병 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② '대상포진눈병'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

**【 유의사항 】**

피보험자가 해당질병으로 진단되지 않은 상태에서 해당 질병이 의심되거나 추정적인 진단으로는 보장되지 않습니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경

우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제6조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

### 제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

### 제5조 (특약의 소멸)

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 대상포진눈병진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

### 제7조 (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 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서 계약자는 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

**【 유의사항 】**

**< 계약자의 보험수익자 변경 통지 >**

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

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

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제8조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중

요한 내용을 설명하여 드립니다.

【 유의사항 】

**< 보험가입금액 등의 감액시 환급금 >**

보험가입금액, 보험료 등의 감액시 환급금이 없거나 최초가입시 안내한 만기해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

**제8조 (해약환급금)**

① 이 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산합니다.

② 제1항의 해약환급금은 보험료의 자동대출납입에 따라 납입된 보험료와 이자, 보험계약대출에 따른 보험계약대출원금과 이자가 있는 경우 이를 차감한 금액을 지급합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보통약관 [부표1] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

⑤ 보통약관 제41조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-78 중증폐렴진단(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '중증폐렴(PSI 5등급)'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 중증폐렴<br>(PSI 5등급)<br>진단보험금 | '중증폐렴(PSI 5등급)'으로<br>진단 확정된 경우 | 이 특약<br>보험가입금액<br>(최초 1회한) |

**제2조 (중증폐렴(PSI 5등급)의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '중증폐렴(PSI 5등급)'이라 함은 보험기간 중에 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표35] '폐렴 분류표'에 해당하는 질병으로 진단 확정되고, PSI(Pneumonia severity Index : 폐렴중증도지표) 점수([별표36] PSI지표 점수 산정 참조)가 131점 이상에 해당되는 상태가 된 때를 말합니다.

② '중증폐렴(PSI 5등급)'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

또한, 회사가 '중증폐렴(PSI 5등급)'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

【 예시안내 】

**< PSI등급 진단서의 제출 >**

폐렴으로 진단 확정된 피보험자가 PSI점수 131점 이상으로 부여받은 날을 '중증폐렴'의 진단일로 합니다.

1) 보험기간 중 폐렴으로 최초 진단 시 PSI점수를 측정 받은 경우
   : 진단일자의 폐렴진단서 및 PSI점수 증빙서류 제출
2) 보험기간 중 폐렴으로 최초 진단 시 PSI점수 기준 미충족하였으나, 이후에 PSI점수가 기준을 충족한 경우
   : PSI점수 측정일자 기준의 폐렴진단서 재발급 및 PSI점수 증빙서류 제출

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제6조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증폐렴진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-79 특정패혈증진단(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '특정패혈증'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 특정패혈증 진단보험금 | '특정패혈증'으로 진단 확정된 경우 | 이 특약 보험가입금액 (최초 1회한) |

**제2조 (특정패혈증의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '특정패혈증'이라 함은 보험기간 중에 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표37] '특정패혈증 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② '특정패혈증'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제6조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정패혈증진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-80 급성신우신염진단(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '급성신우신염'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 급성신우신염 진단보험금 | '급성신우신염'으로 진단 확정된 경우 | 이 특약 보험가입금액 (최초 1회한) |

**제2조 (급성신우신염의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '급성신우신염'이라 함은 보험기간 중에 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표38] '급성신우신염 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② '급성신우신염'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제6조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성신우신염진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-81 질병입원일당(1-180일)(간편건강고지)보장 특별약관 / 질병입원일당(1-180일)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'

은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)
다만, 질병입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 질병입원 급여금 | 질병으로 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액(180일 한도) |

**제2조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 '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(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**【 유의사항 】**

**< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >**

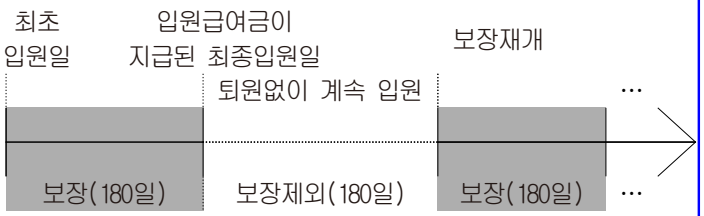
- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원,2021년 7월판) 기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 '질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원'이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 다음과 같이 질병입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

**【 예시안내 】**




③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 질병입원급여금을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고

그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 예시 : 48세의 피보험자가 5년만기로 80세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 53세, 58세 ~ 73세, 78세

⇒ 78세 갱신시점에서는 80세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 5년보다 짧아 5년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는

계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**
이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-82 질병입원일당(1-180일,종합병원)(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)
다만, 종합병원질병입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 종합병원 질병입원급여금 | 질병으로 종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액(180일 한도) |

**제2조 (종합병원의 정의)**
이 특약에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

**【 관련법규 】**

**< 의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건 >**

- 100개 이상의 병상을 갖추어야 함
- 100병상 이상 300병상 이하인 경우 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 상기의 진료과목에 대해서는 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함

**제3조 (입원의 정의와 장소)**
이 특약에서 '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(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**【 유의사항 】**

**< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >**

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원,2021년 7월판) 기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)의 종합병원 질병입원급여금의 지급일수 및 지급한도는 종합병원에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 '질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원' 이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

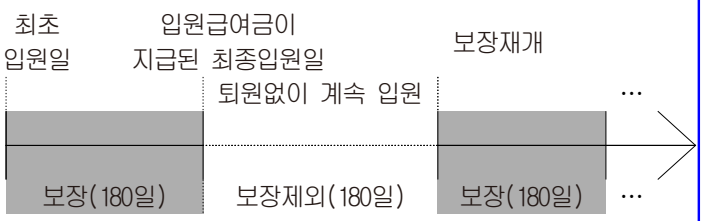
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 종합병원 질병입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 종합병원 질병입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 종합병원 질병입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

**【 예시안내 】**




④ 피보험자가 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 종합병원 질병입원급여금을 계속 지급합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 종합병원질병입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제2조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 질병입원급여금을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 제2조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 질병입원급여금을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병

원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

⑩ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(종합병원의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항, 제2항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 질병입원급여금을 지급합니다.

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

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-83 질병입원일당(1-180일,중환자실)(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)
다만, 질병중환자실입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 질병<br>중환자실입원<br>급여금 | 질병으로<br>중환자실에 입원하여<br>치료를 받은 경우 | 입원 1일당 이 특약의<br>보험가입금액<br>(180일 한도) |

**제2조 (중환자실의 정의)**

이 특약에서 '중환자실'이라 함은 의료법 시행규칙의 별표 4에서 정한 중환자실([별표8] '의료기관의 시설규격' 참조)을 말합니다.

**【 관련법규 】**

**※ 의료법 시행규칙 [별표 4. 의료기관의 시설규격]에 따른 중환자실 요건**

- 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립 및 무정전시스템 갖추어야 함
- 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 함
- 병상 1개당 면적은 15㎡ 이상(신생아중환자실은 5㎡ 이상)
- 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기 등 구비
- 중환자실 1개 단위당 후두경, 앰부백(마스크포함), 심전도기록기 등 구비
- 전담의사를 둘 수 있음(신생아중환자실에는 전담전문의 필수)
- 전담간호사를 두어야 함

**제3조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 '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(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**【 유의사항 】**

**< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >**

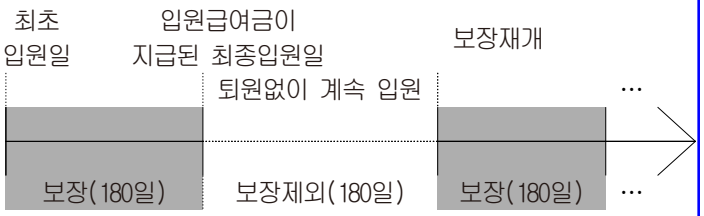
- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원,2021년 7월판) 기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 '질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원'이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 다음과 같이 질병중환자실입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【 예시안내 】




③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 질병중환자실입원급여금을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병중환자실입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

### 제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

### 제6조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

### 제8조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-84 질병입원일당(1-30일,종합병원,1인실) (간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

다만, 종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | |
|---|---|---|---|
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 |
| 종합병원상급병실(1인실)질병입원급여금 | 질병으로 종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액(30일 한도) | 입원 1일당 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액(30일 한도) |

**제2조 (종합병원의 정의)**

이 특약에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

**【 관련법규 】**

**< 의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건 >**

- 100개 이상의 병상을 갖추어야 함
- 100병상 이상 300병상 이하인 경우 내과 · 외과 · 소아청소년과 · 산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 상기의 진료과목에 대해서는 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함

**제3조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 '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 제2조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**【 유의사항 】**

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미

· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함

· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)의 종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여

금의 지급일수 및 지급한도는 종합병원 상급병실(1인실)에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 '질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원'이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

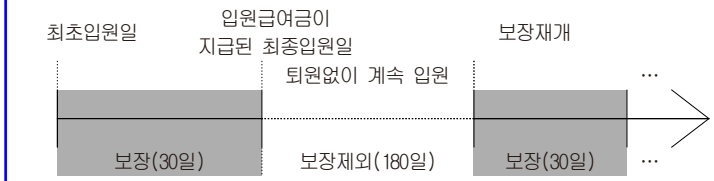
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【 예시안내 】




④ 피보험자가 다른 종합병원의 상급병실(1인실)로 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 종합병원 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금을 계속 지급합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 종합병원 상급병실(1인실) 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 상급병실(1인실)로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 종합병원 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 상급병실(1인실) 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 종합병원 이외의 병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

⑩ 피보험자가 종합병원 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(종합병원의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항, 제2항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금을 지급합니다.

⑪ 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

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

### 제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-85 질병입원일당(1-30일,상급종합병원,1인실)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)
다만, 상급종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | |
|---|---|---|---|
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 |
| 상급종합병원상급병실(1인실) 질병입원급여금 | 질병으로 상급종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 (30일 한도) | 입원 1일당 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 (30일 한도) |

**제2조 (상급종합병원의 정의)**

이 특약에서 '상급종합병원'이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【 관련법규 】

< 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 요건 >

- 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함
- 의료법 제77조(전문의) 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관이어야 함
- 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어야 함
- 질병군별 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하여야 함

**제3조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 '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 제2조(상급종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 유의사항 】

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

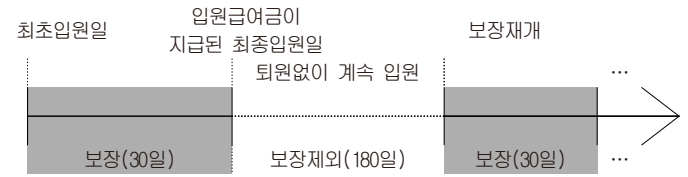
**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금의 지급일수 및 지급한도는 상급종합병원 상급병실(1인실) 에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 '질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원'이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 상급종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 다음과 같이 상급종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

예시안내 】




④ 피보험자가 다른 상급종합병원의 상급병실(1인실)로 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 상급종합병원 상급병실(1인실)에 입원하

여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 상급종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금을 계속 지급합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상급종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 상급종합병원 상급병실(1인실) 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 상급병실(1인실)로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 상급종합병원 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 상급병실(1인실) 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

⑩ 피보험자가 상급종합병원 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항, 제2항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금을 지급합니다.

⑪ 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

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

### 제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

### 제6조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-86 질병입원일당(1-30일,종합병원,2~3인실)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)
다만, 종합병원 2~3인실 질병입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | |
|---|---|---|---|
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 |
| 종합병원 2~3인실 질병입원 급여금 | 질병으로 종합병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 (30일 한도) | 입원 1일당 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 (30일 한도) |

**제2조 (종합병원의 정의)**

이 특약에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

**【 관련법규 】**

**< 의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건 >**

- 100개 이상의 병상을 갖추어야 함
- 100병상 이상 300병상 이하인 경우 내과 · 외과 · 소아청소년과 · 산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 상기의 진료과목에 대해서는 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함

**제3조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 '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 제2조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**【 유의사항 】**

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)의 종합병원 2~3인실 질병입원급여금의 지

급일수 및 지급한도는 종합병원 2~3인실에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 '질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원'이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

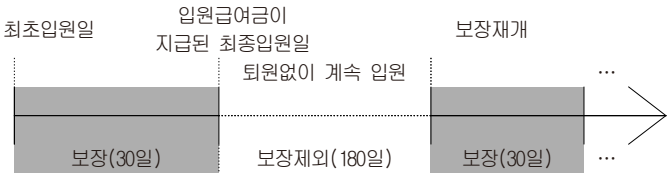
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 종합병원 2~3인실 질병입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 종합병원 2~3인실 질병입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 종합병원 2~3인실 질병입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【 예시안내 】




④ 피보험자가 다른 종합병원의 2~3인실로 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 종합병원 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 종합병원 상급병실(1인실) 질병입원급여금을 계속 지급합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 종합병원 2~3인실 질병입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 종합병원 2~3인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 2~3인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 2~3인실 질병입원급여금을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 종합병원 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 2~3인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 2~3인실 질병입원급여금을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 종합병원 이외의 병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

⑩ 피보험자가 종합병원 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(종합병원의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항, 제2항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 2~3인실 질병입원급여금을 지급합니다.

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

### 제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-87 질병입원일당(1-30일,상급종합병원,2~3인실)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

다만, 상급종합병원 2~3인실 질병입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | |
|---|---|---|---|
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 |
| 상급종합병원 2~3인실 질병입원급여금 | 질병으로 상급종합병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 (30일 한도) | 입원 1일당 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 (30일 한도) |

**제2조 (상급종합병원의 정의)**

이 특약에서 '상급종합병원'이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【 관련법규 】

**< 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 요건 >**

- 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함
- 의료법 제77조(전문의) 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관이어야 함
- 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어야 함
- 질병군별 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하여야 함

**제3조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 '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 제2조(상급종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 유의사항 】

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

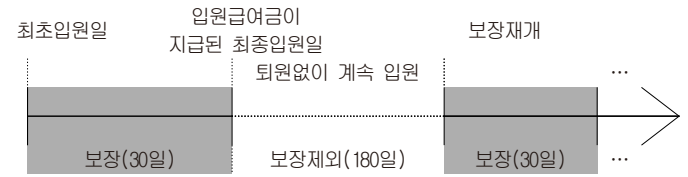
**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 2~3인실 질병입원급여금의 지급일수 및 지급한도는 상급종합병원 2~3인실 에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 '질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원'이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 상급종합병원 2~3인실 질병입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 다음과 같이 상급종합병원 2~3인실 질병입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급종합병원 2~3인실 질병입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

예시안내 】




④ 피보험자가 다른 상급종합병원의 2~3인실로 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 상급종합병원 2~3인실에 입원하여 치료

를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 상급종합병원 2~3인실 질병입원급여금을 계속 지급합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상급종합병원 2~3인실 질병입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 상급종합병원 2~3인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 2~3인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 2~3인실 질병입원급여금을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 상급종합병원 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 2~3인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 2~3인실 질병입원급여금을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

⑩ 피보험자가 상급종합병원 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항, 제2항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 2~3인실 질병입원급여금을 지급합니다.

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

### 제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

### 제6조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

### 제8조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외

합니다.

## 2-88 질병수술입원일당(1-120일)(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 아래에 모두 해당되는 경우(이하 '수술입원'이라 합니다)에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

1. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우
2. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
3. 제1호 및 제2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.
   다만, 질병수술입원급여금의 지급일수는 1회 수술입원당 120일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 질병수술 입원급여금 | 질병으로 수술입원하여 치료를 받은 경우 | 수술입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (120일 한도) |

**제2조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 '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(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**【 유의사항 】**

**< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >**

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원,2021년 7월판) 기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술 및 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술의 경우에는 질병수술입원급여금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

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

**【 예시안내 】**

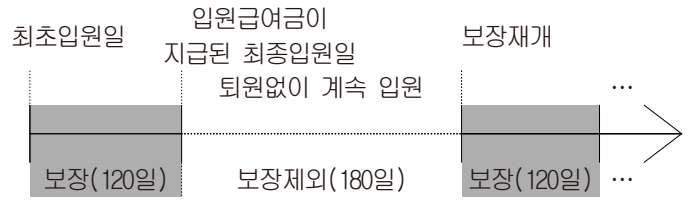
**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**
· 체외 충격파 쇄석술
· 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
· 절개 또는 배농술
· 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
· 전기소작술
· IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 '질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원'이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 '수술입원'으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병수술입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 '수술'을 받은 경우에는 또다른 '수술입원'으로 보아 새로운 입원일부터 입원 1일당 질병수술입원급여금을 지급합니다.
다만, 다음과 같이 질병수술입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병수술입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

**【 예시안내 】**




③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 '수술입원'하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 '수술입원'에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 질병수술입원급여금을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병수술입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

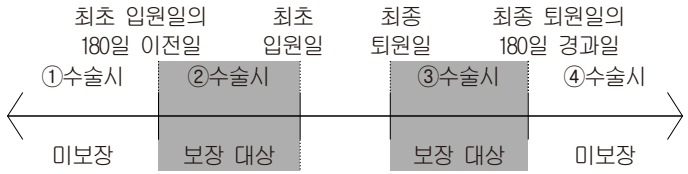
⑥ '수술'이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 아래의 기간에 동

일한 질병의 치료를 목적으로 '수술'을 받은 경우 제1조(보험금의 지급사유)의 질병수술입원급여금을 제1항 내지 제5항에 따라 지급합니다.

1. '최초 입원일의 180일 이전일'로부터 '최초 입원일'
2. '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일

【 예시안내 】

< 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준 >




① '최초입원일의 180일 이전일' 전 수술시 미보장
② '최초 입원일의 180일 이전일'로부터 '최초 입원일'에 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병수술입원급여금을 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제5항에 따라 보장
③ '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일 이내 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병수술입원급여금을 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제5항에 따라 보장
④ '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일 후 수술시 미보장

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

④ 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 다음 각 호의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)
   단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98)으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급합니다.
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60 ~ K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)

⑤ 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발

생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산

2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표22] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림) 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-89 질병수술입원일당(1-10일)(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 아래에 모두 해당되는 경우(이하 '수술입원'이라 합니다)에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

1. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우
2. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
3. 제1호 및 제2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.

다만, 질병수술입원급여금의 지급일수는 1회 수술입원당 10일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 질병수술 입원급여금 | 질병으로 수술입원하여 치료를 받은 경우 | 수술입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (10일 한도) |

**제2조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 '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(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**【 유의사항 】**

**< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >**

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원,2021년 7월판) 기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술 및 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술의 경우에는 질병수술입원급여금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

**[신의료기술평가위원회]**

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

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

· 체외 충격파 쇄석술
· 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
· 절개 또는 배농술
· 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
· 전기소작술
· IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

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

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 '질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원'이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

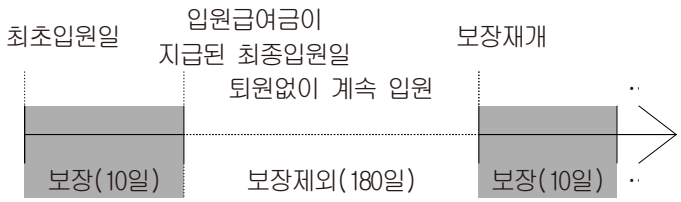
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 '수술입원'으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병수술입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 '수술'을 받은 경우에는 또다른 '수술입원'으로 보아 새로운 입원일부터 입원 1일당 질병수술입원급여금을 지급합니다.

다만, 다음과 같이 질병수술입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병수술입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【 예시안내 】




③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 '수술입원'하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 '수술입원'에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 질병수술입원급여금을 계속 지급합니다.

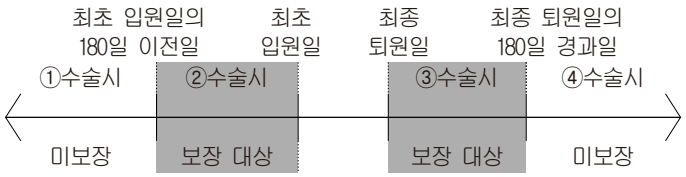
⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병수술입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ '수술'이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 아래의 기간에 동일한 질병의 치료를 목적으로 '수술'을 받은 경우 제1조(보험금의 지급사유)의 질병수술입원급여금을 제1항 내지 제5항에 따라 지급합니다.

1. '최초 입원일의 180일 이전일'로부터 '최초 입원일'
2. '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일

【 예시안내 】

< 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준 >




① '최초입원일의 180일 이전일' 전 수술시 미보장
② '최초 입원일의 180일 이전일'로부터 '최초 입원일'에 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병수술입원급여금을 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제5항에 따라 보장
③ '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일 이내 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병수술입원급여금을 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제5항에 따라 보장
④ '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일 후 수술시 미보장

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

④ 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 다음 각 호의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)
단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98)으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급합니다.
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60 ~ K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)

⑤ 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태

4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표22] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림) 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-90 질병수술입원일당(1-120일, 종합병원)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 아래에 모두 해당되는 경우(이하 '종합병원수술입원'이라 합니다)에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

1. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우
2. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 수술을 받은 경우
3. 제1호 및 제2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.
   다만, 질병종합병원수술입원급여금의 지급일수는 1회 수술입원당 120일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 질병종합병원 수술입원급여금 | 질병으로 종합병원에서 수술입원하여 치료를 받은 경우 | 수술입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (120일 한도) |

**제2조 (종합병원의 정의)**

이 특약에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

**【 관련법규 】**

**< 의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건 >**

- 100개 이상의 병상을 갖추어야 함
- 100병상 이상 300병상 이하인 경우 내과 · 외과 · 소아청소년과 · 산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 상기의 진료과목에 대해서는 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함

**제3조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 '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(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**【 유의사항 】**

**< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >**

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원,2021년 7월판) 기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제4조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술 및 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술의 경우에는 질병수술입원급여금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

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

**【 예시안내 】**

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**
· 체외 충격파 쇄석술
· 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
· 절개 또는 배농술
· 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
· 전기소작술
· IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

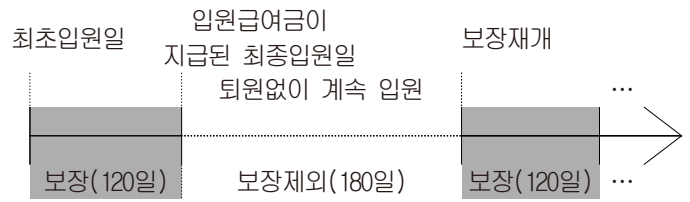
**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 '질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원'이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 질병종합병원수술입원급여금의 지급일수 및 지급한도는 종합병원에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.

③ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 '종합병원수술입원'으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병종합병원수술입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 '수술'을 받은 경우에는 또다른 '종합병원수술입원'으로 보아 새로운 입원일부터 입원 1일당 질병종합병원수술입원급여금을 지급합니다.
다만, 다음과 같이 질병종합병원수술입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병종합병원수술입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

**【 예시안내 】**




④ 피보험자가 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 '종합병원수술입원'하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 '종합병원수술입원'에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 질병종합병원수술입원급여금을 계속 지급합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않

은 때에는 회사는 질병종합병원수술입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 종합병원에서 수술 후 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병종합병원수술입원급여금을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 종합병원에서 수술 후 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병종합병원수술입원급여금을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 종합병원에서 수술 후 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

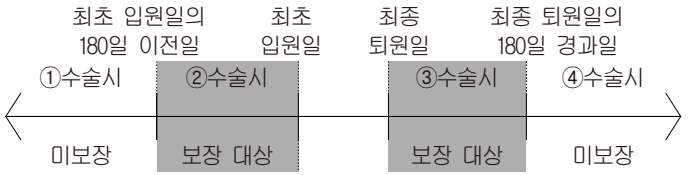
⑩ 피보험자가 종합병원에서 수술 후 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(종합병원의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항, 제2항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병종합병원수술입원급여금을 지급합니다.

⑪ '수술'이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 아래의 기간에 동일한 질병의 치료를 목적으로 '수술'을 받은 경우 제1조(보험금의 지급사유)의 질병종합병원수술입원급여금을 제1항 내지 제10항에 따라 지급합니다.

1. '최초 입원일의 180일 이전일'로부터 '최초 입원일'
2. '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일

【 예시안내 】

< 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준 >




① '최초입원일의 180일 이전일' 전 수술시 미보장

② '최초 입원일의 180일 이전일'로부터 '최초 입원일'에 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병종합병원수술입원급여금을 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제10항에 따라 보장

③ '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일 이내 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병종합병원수술입원급여금을 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제10항에 따라 보장

④ '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일 후 수술시 미보장

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

### 제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심

신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

④ 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 다음 각 호의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)
   단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98)으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급합니다.
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60 ~ K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)

⑤ 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표22] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림) 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

**제7조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느

하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-91 질병수술입원일당(1-120일, 상급종합병원)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 아래에 모두 해당되는 경우(이하 '상급종합병원수술입원'이라 합니다)에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. (이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

1. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우
2. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 수술을 받은 경우
3. 제1호 및 제2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.
   다만, 질병상급종합병원수술입원급여금의 지급일수는 1회 수술입원당 120일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 질병<br>상급종합병원<br>수술입원급여금 | 질병으로<br>상급종합병원에서<br>수술입원하여 치료를<br>받은 경우 | 수술입원 1일당<br>이 특약의 보험가입금액<br>(120일 한도) |

**제2조 (상급종합병원의 정의)**

이 특약에서 '상급종합병원'이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

**【 관련법규 】**

**< 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 요건 >**

- 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함
- 의료법 제77조(전문의) 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관이어야 함
- 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어야 함
- 질병군별 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하여야 함

**제3조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 '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(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 유의사항 】

**< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >**

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원,2021년 7월판) 기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제4조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술 및 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술의 경우에는 질병수술입원급여금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【 용어해설 】

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

【 예시안내 】

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**

· 체외 충격파 쇄석술
· 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
· 절개 또는 배농술
· 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
· 전기소작술
· IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

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

**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 '질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원'이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

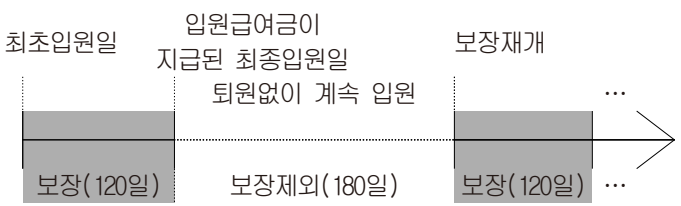
② 제1조(보험금의 지급사유)의 질병상급종합병원수술입원급여금의 지급일수 및 지급한도는 상급종합병원에 입원한 날만을 기준으로 계산합니다.

③ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 '상급종합병원수술입원'으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병상급종합병원수술입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 '수술'을 받은 경우에는 또다른 '상급종합병원수술입원'으로 보아 새로운 입원일부터 입원 1일당 질병상급종합병원수술입원급여금을 지급합니다.

다만, 다음과 같이 질병상급종합병원수술입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병상급종합병원수술입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【 예시안내 】




④ 피보험자가 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 '상급종합병원수술입원'하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 '상급종합병원수술입원'에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 질병상급종합병원수술입원급여금을 계속 지급합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병상급종합병원수술입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 상급종합병원에서 수술 후 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병상급종합병원수술입원급여금을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 상급종합병원에서 수술 후 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병상급종합병원수술입원급여금을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 상급종합병원에서 수술 후 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

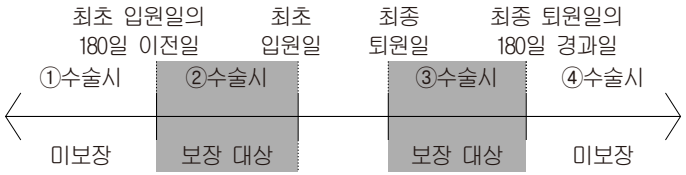
⑩ 피보험자가 상급종합병원에서 수술 후 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제2조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항, 제2항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병상급종합병원수술입원급여금을 지급합니다.

⑪ '수술'이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 아래의 기간에 동일한 질병의 치료를 목적으로 '수술'을 받은 경우 제1조(보험금의 지급사유)의 질병상급종합병원수술입원급여금을 제1항 내지 제10항에 따라 지급합니다.

1. '최초 입원일의 180일 이전일'로부터 '최초 입원일'
2. '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일

【 예시안내 】

< 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준 >




① '최초입원일의 180일 이전일' 전 수술시 미보장
② '최초 입원일의 180일 이전일'로부터 '최초 입원일'에 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병상급종합병원수술입원급여금을 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제10항에 따라 보장
③ '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일 이내 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병상급종합병원수술입원급여금을 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제10항에 따라 보장
④ '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일 후 수술시 미보장

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

### 제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

④ 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 다음 각 호의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)
단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98)으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급합니다.
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60 ~ K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)

⑤ 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표22] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림) 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

**제7조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-92 간병인사용질병입원일당Ⅷ(1-180일)(간편건강고지)보장 특별약관 / 간병인사용질병입원일당Ⅷ(1-180일)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원(요양병원 제외)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 질병입원간병인사용급여금(요양병원 및 의원 제외)을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.
다만, 질병입원간병인사용급여금(요양병원 및 의원 제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급기준※(사용금액) | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병입원 간병인사용 급여금 (요양병원 및 의원 제외) | 질병으로 병원(요양병원 제외)에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우 | 8만원 미만 | 간병인 사용 1일당 이 보장 보험가입금액의 50% |
| | | 8만원 이상 | 간병인 사용 1일당 이 보장 보험가입금액의 100% |

※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.

※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병 사용 시작일자와 간병 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에는 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

【 예시안내 】

**< 간병인 사용일수에 따른 지급금액 계산 >**

· 보험계약일(보장개시일): 2024년 4월 1일, 보험가입금액 : 4만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일(입원일수 30일)
- 간병인 사용일 및 사용금액

사용1. 2025년 4월 10일 ~ 17일 : 총 사용일수 8일, 사용금액 88만원
☞ (1일당 평균 8만원 이상에 해당) → 4만원 X 8일 = 32만원 지급

사용2. 2025년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일
:총 사용일수 8일, 사용금액 52만원
☞ (1일당 평균 8만원 미만에 해당) → 2만원 X 8일 = 16만원 지급

· 총 간병인사용질병입원일당 지급금액
: 간병인 사용일수 16일
보험금 32만원 + 16만원 = 48만원 지급

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 질병의 치료를 목적으로 요양병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 질병입원간병인사용급여금(요양병원 및 의원)을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

다만, 질병입원간병인사용급여금(요양병원 및 의원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 질병입원간병인 사용급여금 (요양병원및의원) | 질병으로 요양병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우 | 간병인 사용 1일당 이 보장의 보험가입금액 |

③ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원(요양병원 제외)에 입원하고, 제5조(간호·간병통합서비스 등의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용하여 일반병동 또는 재활병동에서 치료를 받은 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래 각 호의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

다만, 질병입원간호·간병통합서비스(일반병동)사용급여금 및 질병입원간호·간병통합서비스(재활병동)사용급여금 각각의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 질병입원 간호·간병통합서비스(일반병동)사용급여금 | 질병으로 병원(요양병원 제외)에 입원하고, 간호·간병통합서비스(일반병동)를 사용하여 치료를 받은 경우 | 간호·간병통합서비스사용 1일당 '질병입원간호·간병통합서비스(일반병동/재활병동)사용급여금' 보장의 보험가입금액 |
| 2. 질병입원 간호·간병통합서비스(재활병동)사용급여금 | 질병으로 병원(요양병원 제외)에 입원하고, 간호·간병통합서비스(재활병동)를 사용하여 치료를 받은 경우 | |

④ 제5조(간호·간병통합서비스 등의 정의)에서 정한 간호·간병통합서

비스를 제공받는 경우에는 제1항 및 제2항의 보험금을 지급하지 않습니다.

**제2조 (병원 등의 정의)**

① 이 특약에서 '병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호에서 규정한 국내의 병원급 의료기관 또는 국외의 의료관련법에서 정한 병원급 의료기관을 말합니다.

② 이 특약에서 '요양병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

③ 이 보장에서 '의원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제1호에서 규정한 국내의 의원급 의료기관 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의원급 의료기관을 말합니다.

**제3조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 '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(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**【 유의사항 】**

**< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >**

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원,2021년 7월판) 기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제4조 (간병인의 정의)**

① 이 특약에서 '간병인'이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체에서 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 ' 개인간병 및 유사서비스업 ' 또는 ' 개인간병인 '등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 '간병서비스'라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 하는 것을 말하며, 제5조(간호·간병통합서비스 등의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

**【 예시안내 】**

**< 간병인의 주요업무 >**

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

**제5조 (간호·간병통합서비스 등의 정의)**

① 이 보장에서 '간호·간병통합서비스'라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 말합니다.

② '재활병동'이라 함은 보건복지부 또는 국민건강보험공단이 매년 안내하는 「간호간병통합서비스 사업지침」에 따라 재활병동으로 지정된 병동을 말하며, 간호간병통합서비스 병동 중 재활병동을 제외한 병동을 '일반병동'이라 합니다.

**【 관련법규 】**

**< 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등) >**

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

**< 의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관) >**

① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

**제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 '질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원'이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

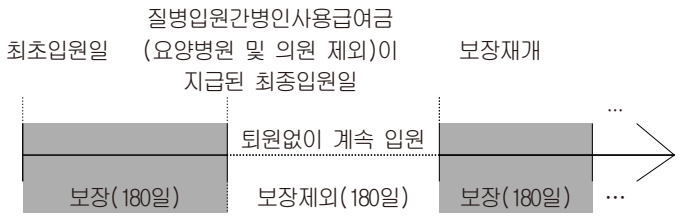
다만, 질병명 이상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제3항을 각각 적용합니다.

③ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원간병인사용급여금(요양병원 및 의원 제외)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

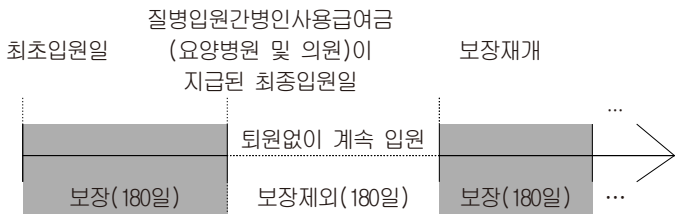
다만, 다음과 같이 질병입원간병인사용급여금(요양병원 및 의원 제외)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원간병인사용급여금(요양병원 및 의원 제외)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【 예시안내 】



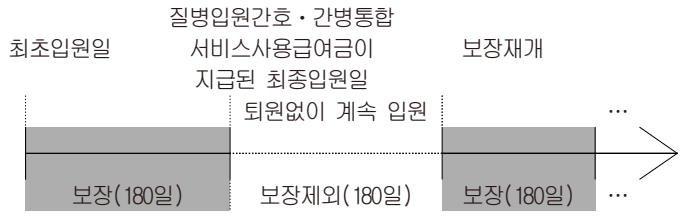

④ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원간병인사용급여금(요양병원 및 의원)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 다음과 같이 질병입원간병인사용급여금(요양병원 및 의원)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원간병인사용급여금(요양병원 및 의원)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【 예시안내 】




⑤ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원간호·간병통합서비스(일반병동)사용급여금 또는 질병입원간호·간병통합서비스(재활병동)사용급여금이 지급된 최종입원의 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 다음과 같이 질병입원간호·간병통합서비스(일반병동)사용급여금 또는 질병입원간호·간병통합서비스(재활병동)사용급여금이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원간호·간병통합서비스(일반병동)사용급여금 또는 질병입원간호·간병통합서비스(재활병동)사용급여금이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【 예시안내 】




⑥ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제3항을 각각 적용합니다.

⑦ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

⑧ 제1조(보험금의 지급사유)의 지급일수는 간병인 및 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 각각의 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑨ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

**제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

**제8조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명 사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.

1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다)
   다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)

③ 제5조(간호·간병통합서비스 등의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

④ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

**제9조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다

**제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제9조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제11조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**
갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세
⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제12조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제13조 (준용규정)**
이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-93 질병간호간병통합서비스입원일당(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원(요양병원 제외)에 입원하고, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용하여 일반병동 또는 재활병동에서 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 간호·간병통합서비스 사용 1일당 아래 각호의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)
다만, 간호·간병통합서비스(일반병동)사용 질병입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 하고, 간호·간병통합서비스(재활병동)사용 질병입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 간호·간병 통합서비스 (일반병동)사용 질병입원급여금 | 질병으로 입원하고, 간호·간병통합서비스(일반병동)를 사용하여 치료를 받은 경우 | 사용 1일당 이 보장의 보험가입금액 (30일 한도) |
| 2. 간호·간병 통합서비스 (재활병동)사용 질병입원급여금 | 질병으로 입원하고, 간호·간병통합서비스(재활병동)를 사용하여 치료를 받은 경우 | 사용 1일당 이 보장의 보험가입금액 (60일 한도) |

**【 관련법규 】**

**< 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등) >**

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

**< 의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관) >**

① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

**제2조 (병원 등의 정의)**

① 이 특약에서 '병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호에서 규정한 국내의 병원급 의료기관 또는 국외의 의료관련법에서 정한 병원급 의료기관을 말합니다.

② 이 특약에서 '요양병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

③ '재활병동'이라 함은 보건복지부 또는 국민건강보험공단이 매년 안내하는 「간호간병통합서비스 사업지침」에 따라 재활병동으로 지정된 병동을 말하며, 간호간병통합서비스 병동 중 재활병동을 제외한 병동을 '일반병동'이라 합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유) 각호의 간호·간병통합서비스(일반병동)사용 질병입원급여금 및 간호·간병통합서비스(재활병동)사용 질병입원급여금의 지급일수는 각각 1회 입원당 30일 및 60일을 한도로 합니다.

② 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

③ 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 보험금을 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 '질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원'이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

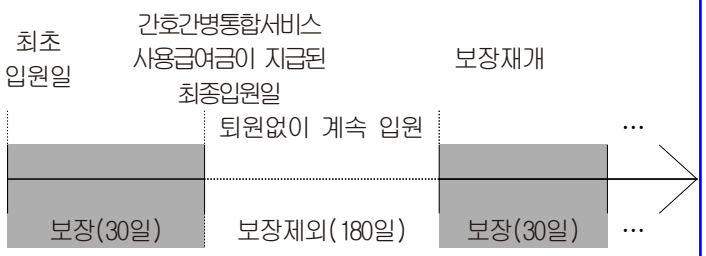
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

⑤ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더하여 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)의 각호를 각각 적용합니다.

그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원간호간병통합서비스 사용급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 질병입원간호간병통합서비스사용급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원간호간병통합서비스사용급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【 예시안내 】




⑥ 피보험자가 병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 입원일수를 더하여 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)의 각호를 각각 적용합니다.

⑦ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속 보장합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을

지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

**제5조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명 사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-94 간병인사용질병입원일당(체증형)(1-180일)(간편건강고지)보장 특별약관 / 간병인사용질병입원일당(체증형)(1-180일)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원(요양병원 제외)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래에 정한 금액을 질병입원간병인사용급여금(요양병원 및 의원 제외)으로 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.
다만, 질병입원간병인사용급여금(요양병원 및 의원 제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

**[비갱신형 및 갱신형(최초계약)]**

<table>
<tr><th colspan="2">보험금의 종류</th><th>지급기준※<br>(사용금액)</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td rowspan="2">질병입원<br>간병인<br>사용<br>급여금<br>(요양<br>병원 및<br>의원<br>제외)</td><td rowspan="2">질병으로 병원<br>(요양병원<br>제외)에 입원하여<br>치료를 받으며<br>간병인을 사용한<br>경우</td><td>8만원<br>미만</td><td>간병인 사용 1일당<br>이 보장의 보험가입금액<br>× 지급률<br><table><tr><th>경과기간※</th><th>지급률</th></tr><tr><td>5년미만</td><td>50%</td></tr><tr><td>5년이상<br>10년미만</td><td>60%</td></tr><tr><td>10년이상<br>15년미만</td><td>75%</td></tr><tr><td>15년이상<br>20년미만</td><td>90%</td></tr><tr><td>20년이상</td><td>100%</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>8만원<br>이상</td><td>간병인 사용 1일당<br>이 보장의 보험가입금액<br>× 지급률<br><table><tr><th>경과기간※</th><th>지급률</th></tr><tr><td>5년미만</td><td>100%</td></tr><tr><td>5년이상<br>10년미만</td><td>120%</td></tr><tr><td>10년이상<br>15년미만</td><td>150%</td></tr><tr><td>15년이상<br>20년미만</td><td>180%</td></tr><tr><td>20년이상</td><td>200%</td></tr></table></td></tr>
</table>

**[갱신형(갱신계약)]**

<table>
<tr><th colspan="2">보험금의 종류</th><th>지급기준※<br>(사용금액)</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td rowspan="2">질병입원<br>간병인사용<br>급여금<br>(요양병원 및<br>의원 제외)</td><td rowspan="2">질병으로 병원<br>(요양병원 제외)에<br>입원하여 치료를<br>받으며 간병인을<br>사용한 경우</td><td>8만원 미만</td><td>간병인 사용 1일당<br>이 보장<br>보험가입금액<br>× 100%</td></tr>
<tr><td>8만원 이상</td><td>간병인 사용 1일당<br>이 보장<br>보험가입금액<br>× 200%</td></tr>
</table>

※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.

※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병 사용 시작일자와 간병 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에는 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

※ 경과기간은 최초 보험계약일로부터 보험금 지급사유 발생일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

**< 간병인 사용일수에 따른 지급금액 계산 >**

· 보험계약일(보장개시일): 2024년 4월 1일, 보험가입금액 : 4만원
· 입원기간 및 간병인 사용일 예시
- 입원기간 : 2040년 4월 1일 ~ 2040년 4월 30일(입원일수 30일)
→ 보험계약일로부터 15년이상
- 간병인 사용일 및 사용금액

사용1. 2040년 4월 10일 ~ 17일 : 총 사용일수 8일, 사용금액 88만원
☞ (1일당 평균 8만원 이상에 해당) → 4만원 X 180% X 8일
= 57.6만원 지급

사용2. 2040년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일
:총 사용일수 8일, 사용금액 52만원
☞ (1일당 평균 8만원 미만에 해당) → 4만원 X 90% X 8일
= 28.8만원 지급

· 총 간병인사용질병입원일당 지급금액
: 간병인 사용일수 16일
보험금 57.6만원 + 28.8만원 = 86.4만원 지급

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 질병의 치료를 목적으로 요양병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래에 정한 금액을 질병입원간병인사용급여금(요양병원 및 의원)으로 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.
다만, 질병입원간병인사용급여금(요양병원 및 의원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

**[비갱신형 및 갱신형(최초계약)]**

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 질병입원간병인사용급여금(요양병원 및 의원) | 질병으로 요양병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우 | 간병인 사용 1일당 이 보장의 보험가입금액 × 지급률 |

| 경과기간※ | 지급률 |
|---|---|
| 5년미만 | 100% |
| 5년이상 10년미만 | 120% |
| 10년이상 15년미만 | 150% |
| 15년이상 20년미만 | 180% |
| 20년이상 | 200% |

※ 경과기간은 최초 보험계약일로부터 보험금 지급사유 발생일까지의 기간을 말합니다.

**[갱신형(갱신계약)]**

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 질병입원간병인사용급여금(요양병원 및 의원) | 질병으로 요양병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우 | 간병인 사용 1일당 이 보장 보험가입금액의 200% |

**제2조 (병원 등의 정의)**

① 이 특약에서 '병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호에서 규정한 국내의 병원급 의료기관 또는 국외의 의료관련법에서 정

한 병원급 의료기관을 말합니다.

② 이 특약에서 '요양병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

③ 이 보장에서 '의원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제1호에서 규정한 국내의 의원급 의료기관 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의원급 의료기관을 말합니다.

**제3조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 '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(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**【 유의사항 】**

**< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >**

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원,2021년 7월판) 기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제4조 (간병인의 정의)**

① 이 특약에서 '간병인'이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체에서 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 ' 개인간병 및 유사서비스업 ' 또는 ' 개인간병인 '등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 '간병서비스'라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 하는 것을 말하며, 의료법 제4조의 2(간호·간병통합서비스 등의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

**【 예시안내 】**

**< 간병인의 주요업무 >**

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

**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 '질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원'이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

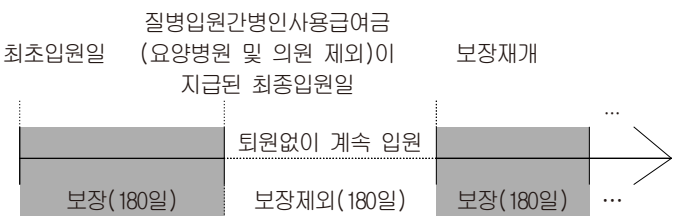
② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제2항을 각각 적용합니다.

③ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원간병인사용급여금(요양병원 및 의원 제외)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 질병입원간병인사용급여금(요양병원 및 의원 제외)

이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원간병인사용급여금(요양병원 및 의원 제외)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【 예시안내 】




④ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제2항을 각각 적용합니다.

⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유)의 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 각각의 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

### 제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

### 제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.

1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다)
   다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.

2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

**제8조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다

**제9조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제8조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제10조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제11조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제12조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-95 암직접치료입원일당(1-180일,요양병원제외)(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항에서 정한 보장개시일 이후 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'으로 진단확정되고, 그 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'의 직접치료를 목적으로 병원(요양병원 제외)에 입원한 경우에는 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)
다만, 각 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 암직접치료 입원급여금 | '암'( '유사암' 제외)의 직접치료를 목적으로 입원한 경우 | 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (180일 한도) |
| 2.유사암 직접치료 입원급여금 | '기타피부암'의 직접치료를 목적으로 입원한 경우 | |
| | '갑상선암'의 직접치료를 목적으로 입원한 경우 | |
| | '제자리암'의 직접치료를 목적으로 입원한 경우 | |
| | '경계성종양'의 직접치료를 목적으로 입원한 경우 | |

**제2조 (병원 등의 정의)**

① 이 특약에서 '병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.
② 이 특약에서 '요양병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

**제3조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
② 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.
③ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에

있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 '제자리암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '경계성종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

**【 예시안내 】**

**< '제7항에 따른 진단방법이 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

**【 유의사항 】**

한국표준질병사인분류 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>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제4조 (암(유사암제외) 및 유사암의 직접치료의 정의)**

① 이 특약에서 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 직접치료라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지

부 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 제1항의 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 직접치료에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등도 포함됩니다.

③ 제1항의 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 직접치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

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

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 직접치료로 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)**

이 특약에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원(요양병원 제외)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**【 유의사항 】**

**< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >**

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원,2021년 7월판) 기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

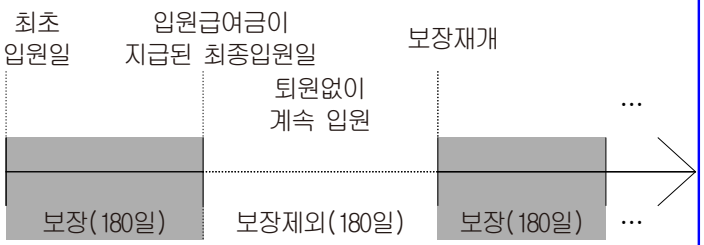
**제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 동일한 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 직접치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

그러나 동일한 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

**【 예시안내 】**




② 피보험자가 병원(요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 직접치료를 목적으로 입원

한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 피보험자가 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 입원급여금을 계속 지급합니다.

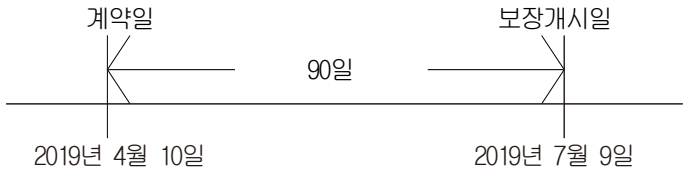
④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

다만, '유사암'에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 관계없이 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

< '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 >




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

### 제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

### 제8조 (특약의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'( '유사암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

### 제9조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제9조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

### 제11조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)

을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'( '유사암' 제외)에 대하여 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제12조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-96 암직접치료입원일당(1-180일,요양병원제외)(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항 및 제6항에서 정한 보장개시일 이후 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'으로 진단확정되고, 그 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'의 직접치료를 목적으로 병원(요양병원 제외)에 입원한 경우에는 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)
다만, 각 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 암직접치료 입원급여금 | '암'( '유사암' 제외)의 직접치료를 목적으로 입원한 경우 | 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (180일 한도) |
| 2.유사암 직접치료 입원급여금 | '기타피부암'의 직접치료를 목적으로 입원한 경우 | |
| | '갑상선암'의 직접치료를 목적으로 입원한 경우 | |
| | '제자리암'의 직접치료를 목적으로 입원한 경우 | |
| | '경계성종양'의 직접치료를 목적으로 입원한 경우 | |

**제2조 (병원 등의 정의)**

① 이 특약에서 '병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

② 이 특약에서 '요양병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

**제3조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 ‘유사암’이라 함은 제3항에서 정한 ‘기타피부암’, 제4항에서 정한 ‘갑상선암’, 제5항에서 정한 ‘제자리암’ 및 제6항에서 정한 ‘경계성종양’을 총칭합니다.

③ 이 특약에서 ‘기타피부암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 ‘갑상선암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 ‘제자리암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] ‘제자리신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 ‘경계성종양’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ ‘암’(‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘암’(‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’(‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【 예시안내 】**

**< ‘제7항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제4조 (암(유사암제외) 및 유사암의 직접치료의 정의)**

① 이 특약에서 ‘암’( ‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 직접치료라 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 제1항의 ‘암’( ‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 직접치료에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등도 포함됩니다.

③ 제1항의 ‘암’( ‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 직접치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

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

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 ‘암’( ‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 직접치료로 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)**

이 특약에서 ‘입원’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 ‘암’( ‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원(요양병원 제외)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 유의사항 】

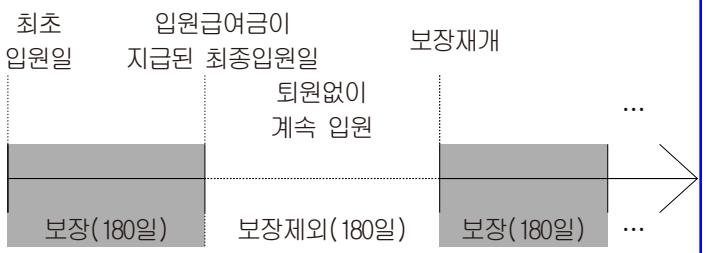
< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원,2021년 7월판) 기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 동일한 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'의 직접치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 다음과 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【 예시안내 】




② 피보험자가 병원(요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'의 직접치료를 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 피보험자가 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 입원급여금을 계속 지급합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
다만, '유사암'에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 관계없이 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

< '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 >

⑥ 제5항에도 불구하고 제12조(특약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제8조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'( '유사암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제9조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제9조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제11조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'( '유사암' 제외)에 대하여 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제12조 (특약의 자동갱신)**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하

여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >
갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세
⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제13조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제14조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-97 암직접치료입원일당(1-180일,요양병원제외)(감액및면책기간미적용)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'으로 진단확정되고, 그 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'의 직접치료를 목적으로 병원(요양병원 제외)에 입원한 경우에는 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)
다만, 각 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 암직접치료 입원급여금 | '암'( '유사암' 제외)의 직접치료를 목적으로 입원한 경우 | 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (180일 한도) |
| 2.유사암 직접치료 입원급여금 | '기타피부암'의 직접치료를 목적으로 입원한 경우 | |
| | '갑상선암'의 직접치료를 목적으로 입원한 경우 | |
| | '제자리암'의 직접치료를 목적으로 입원한 경우 | |
| | '경계성종양'의 직접치료를 목적으로 입원한 경우 | |

**제2조 (병원 등의 정의)**

① 이 특약에서 '병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

② 이 특약에서 '요양병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

**제3조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

③ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 '제자리암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '경계성종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

**【 예시안내 】**

**< '제7항에 따른 진단방법이 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

**【 유의사항 】**

한국표준질병사인분류 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>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제4조 (암(유사암제외) 및 유사암의 직접치료의 정의)**

① 이 특약에서 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'의 직접치료라 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 제1항의 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'의 직접치료에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등도 포함됩니다.

③ 제1항의 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'의 직접치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

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

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'의 직접치료로 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)**

이 특약에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원(요양병원 제외)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 유의사항 】

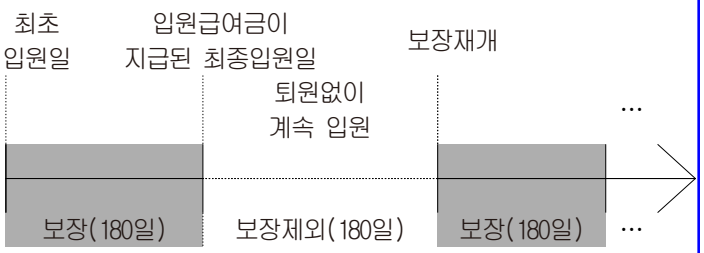
< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원,2021년 7월판) 기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 동일한 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'의 직접치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 다음과 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【 예시안내 】




② 피보험자가 병원(요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'의 직접치료를 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 피보험자가 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 입원급여금을 계속 지급합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 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 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제8조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제9조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제8조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제10조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-98 요양병원암입원일당(1-90일)(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제6항에서 정한 보장개시일 이후 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'으로 진단확정되고, 그 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'의 치료를 목적으로 요양병원에 입원한 경우에는 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)
다만, 각 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 요양병원 암 입원급여금 | '암'('유사암' 제외)으로 요양병원에 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (90일 한도) |
| 2. 요양병원 유사암 입원급여금 | '기타피부암'으로 요양병원에 입원하여 치료를 받은 경우 | |
| | '갑상선암'으로 요양병원에 입원하여 치료를 받은 경우 | |
| | '제자리암'으로 요양병원에 입원하여 치료를 받은 경우 | |
| | '경계성종양'으로 요양병원에 입원하여 치료를 받은 경우 | |

② 이 특약에서 '요양병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원, 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

**제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

③ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 ‘제자리암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] ‘제자리신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 ‘경계성종양’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ ‘암’(‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘암’(‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’(‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

**< ‘제7항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

· ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

· ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

· ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 ‘입원’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 ‘암’(‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료

가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원, 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 유의사항 】

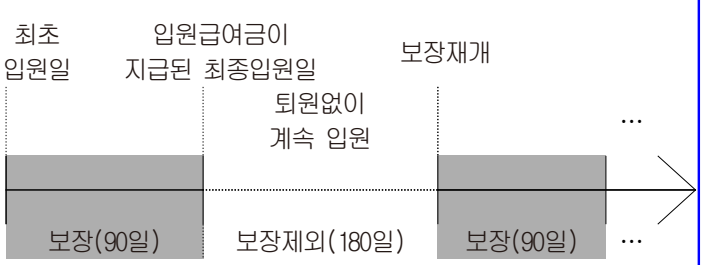
**< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >**

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원,2021년 7월판) 기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 동일한 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 다음과 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【 예시안내 】




② 제1항에도 불구하고 동일한 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'으로 인한 입원의 경우, 이 특약의 최초계약 가입일부터 지급된 입원급여금의 누적 지급일수(이하 "누적 지급일수"라 합니다)가 365일을 초과시에는, 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 보험기간 만료일까지 동일한 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'으로 인한 입원급여금은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'이 완치된 이후에 해당 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'을 다시 진단받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.

③ 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 규정에 따라 입원급여금을 계속 지급합니다.

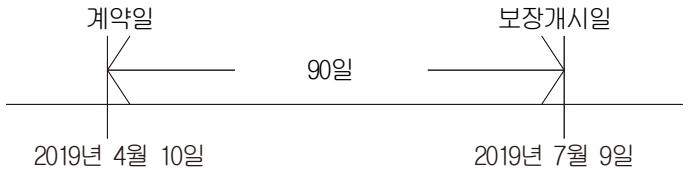
⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

로 합니다.
다만, '유사암'에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 관계없이 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

< '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 >




⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'( '유사암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제7조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제9조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'( '유사암' 제외)

에 대하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제6항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제10조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-99 요양병원암입원일당(1-90일)(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제6항 및 제7항에서 정한 보장개시일 이후 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'으로 진단확정되고, 그 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'의 치료를 목적으로 요양병원에 입원한 경우에는 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)
다만, 각 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 요양병원 암 입원급여금 | '암'('유사암' 제외)으로 요양병원에 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (90일 한도) |
| 2. 요양병원 유사암 입원급여금 | '기타피부암'으로 요양병원에 입원하여 치료를 받은 경우 | |
| | '갑상선암'으로 요양병원에 입원하여 치료를 받은 경우 | |
| | '제자리암'으로 요양병원에 입원하여 치료를 받은 경우 | |
| | '경계성종양'으로 요양병원에 입원하여 치료를 받은 경우 | |

② 이 특약에서 '요양병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원, 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

**제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

③ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 ‘제자리암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] ‘제자리신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 ‘경계성종양’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ ‘암’(‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘암’(‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’(‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

**< ‘제7항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

· ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

· ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

· ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 ‘입원’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 ‘암’(‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료

가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원, 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 유의사항 】

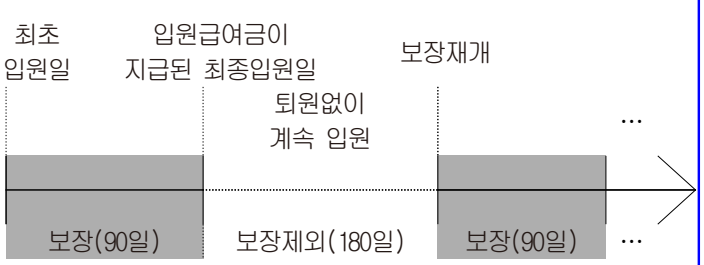
**< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >**

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원,2021년 7월판) 기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 동일한 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 다음과 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【 예시안내 】




② 제1항에도 불구하고 동일한 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'으로 인한 입원의 경우, 이 특약의 최초계약 가입일부터 지급된 입원급여금의 누적 지급일수(이하 "누적 지급일수"라 합니다)가 365일을 초과시에는, 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 보험기간 만료일까지 동일한 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'으로 인한 입원급여금은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'이 완치된 이후에 해당 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'을 다시 진단받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.

③ 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 규정에 따라 입원급여금을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

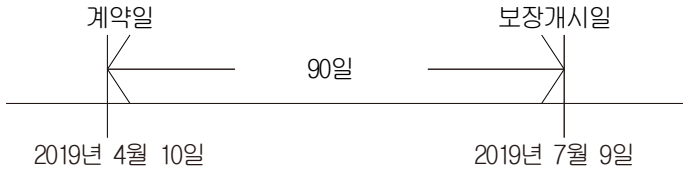
⑥ 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

로 합니다.
다만, '유사암'에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 관계없이 계약일로 합니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 제10조(특약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

【 예시안내 】

< '암'('유사암' 제외)에 대한 보장개시일 >




⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암'('유사암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'('유사암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제7조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제9조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보

통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'( '유사암' 제외)에 대하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제6항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

### 제10조 (특약의 자동갱신)

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

### 제11조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

### 제12조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외

합니다.

## 2-100 요양병원암입원일당(1-90일)(감액및면책기간 미적용)(간편건강고지) 보장 특별약관

### 제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'으로 진단확정되고, 그 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'의 치료를 목적으로 요양병원에 입원한 경우에는 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. (이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)
다만, 각 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 요양병원 암 입원급여금 | '암'( '유사암' 제외)으로 요양병원에 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (90일 한도) |
| 2. 요양병원 유사암 입원급여금 | '기타피부암'으로 요양병원에 입원하여 치료를 받은 경우 | |
| | '갑상선암'으로 요양병원에 입원하여 치료를 받은 경우 | |
| | '제자리암'으로 요양병원에 입원하여 치료를 받은 경우 | |
| | '경계성종양'으로 요양병원에 입원하여 치료를 받은 경우 | |

② 이 특약에서 '요양병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원, 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

### 제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

③ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 '제자리암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '경계성종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

【 예시안내 】

**< '제7항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

· '갑상선암(C73)' 과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)' 로 진단된 경우 '갑상선암(C73)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.

· '유방의 악성신생물(C50)' 이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)' 로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 '입원' 이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사' 라 합니다)에 의하여 '암' ( '유사암' 제외) 및 '유사암' 의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료

가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원, 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 유의사항 】

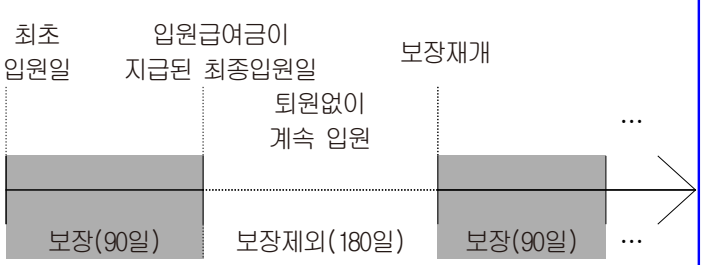
**< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >**

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원,2021년 7월판) 기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 동일한 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 다음과 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【 예시안내 】




② 제1항에도 불구하고 동일한 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'으로 인한 입원의 경우, 이 특약의 최초계약 가입일부터 지급된 입원급여금의 누적 지급일수(이하 "누적 지급일수"라 합니다)가 365일을 초과시에는, 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 보험기간 만료일까지 동일한 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'으로 인한 입원급여금은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'이 완치된 이후에 해당 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'을 다시 진단받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.

③ 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 규정에 따라 입원급여금을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조

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

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-101 전이암직접치료입원일당(1-180일,요양병원제외)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항 및 제6항에서 정한 보장개시일 이후 '전이암'으로 진단확정되고, 그 '전이암'의 직접치료를 목적으로 병원(요양병원 제외)에 입원한 경우에는 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

다만, 각 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 전이암 직접치료 입원급여금 | '전이암'의 직접치료를 목적으로 입원한 경우 | 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액(180일 한도) |

**제2조 (병원 등의 정의)**

① 이 특약에서 '병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

② 이 특약에서 '요양병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

**제3조 (전이암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '전이암'이라 함은 제2항에서 정한 '림프절전이암' 및 제3항에서 정한 '특정전이암'을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '림프절전이암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표76] '전이암 분류표'에서 정한 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 '특정전이암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표76] "전이암 분류표"에서 정한 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)) 및 C80(부위의 명시가 없는 악성

신생물(암))을 말합니다.

④ ‘전이암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘전이암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘전이암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

**< ‘제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제4조 (전이암의 직접치료의 정의)**

① 이 특약에서 ‘전이암’의 직접치료라 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 제1항의 ‘전이암’의 직접치료에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등도 포함됩니다.

③ 제1항의 ‘전이암’의 직접치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

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

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 ‘전이암’의 직접치료로 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)**

이 특약에서 ‘입원’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 ‘전이암’의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원(요양병원 제외)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

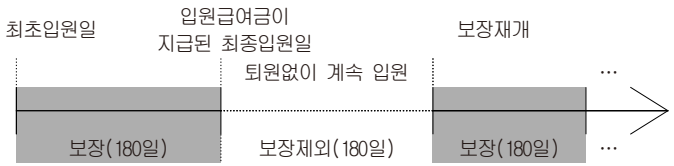
【 유의사항 】

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >
· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 동일한 '전이암'의 직접치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 '전이암'에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 다음과 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【 예시안내 】




② 피보험자가 병원(요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 '전이암'의 직접치료를 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 피보험자가 '전이암'에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 입원급여금을 계속 지급합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '전이암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '전이암'에 대한 보장개시일 >

⑥ 보통약관 제39조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '전이암'에 대하여 제5항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제8조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '전이암'에 대한 보장개시일 전일 이전에 '전이암'으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제9조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제9조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제11조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-102 전이암요양병원입원일당(1-90일)(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제6항 및 제7항에서 정한 보장개시일 이후 '전이암'으로 진단확정되고, 그 '전이암'의 치료를 목적으로 요양병원에 입원한 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

다만, 각 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 요양병원 전이암 입원급여금 | '전이암'으로 요양병원에 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액(90일 한도) |

② 이 특약에서 '요양병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

**제2조 (전이암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '전이암'이라 함은 제2항에서 정한 '림프절전이암' 및 제3항에서 정한 '특정전이암'을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '림프절전이암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표76] '전이암 분류표'에서 정한 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 '특정전이암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표76] "전이암 분류표"에서 정한 분류번호 C78

(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)) 및 C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))을 말합니다.

④ '전이암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '전이암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '전이암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

**< '제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

### 제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특약에서 '입원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 '전이암'의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 유의사항 】

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미

· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함

· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월 판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

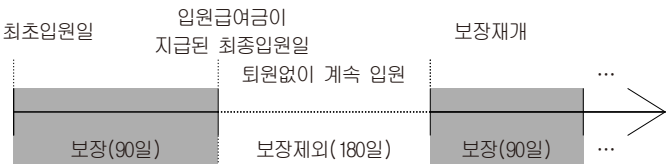
### 제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 동일한 '전이암'의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

그러나 동일한 '전이압'에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【 예시안내 】




② 제1항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원의 경우, 이 특약의 가입일부터 지급된 입원급여금의 누적 지급일수(이하 "누적 지급일수"라 합니다)가 365일을 초과시에는, 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 입원급여금은

더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.

③ 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 '전이암'의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 '전이암'에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 규정에 따라 입원급여금을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '전이암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '전이암'에 대한 보장개시일 >

⑦ 보통약관 제39조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '전이암'에 대하여 제6항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '전이암'에 대한 보장개시일 전일 이전에 '전이암'으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제7조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-103 심뇌혈관질환입원일당(1-180일)(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '심뇌혈관질환'의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)
다만, 각 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 심뇌혈관 질환 입원급여금 | '심뇌혈관질환'의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (180일 한도) |

**제2조 (심뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '심뇌혈관질환'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표21] '심뇌혈관질환 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 급성 류마티스열 | I00-I02 |
| 2. 만성 류마티스심장질환 | I05-I09 |
| 3. 허혈성 심장질환 | I20-I25 |
| 4. 폐성 심장병 및 폐순환의 질환 | I26-I28 |
| 5. 기타 형태의 심장병 | I30-I52 |
| 6. 뇌혈관질환 | I60-I69 |
| 7. 칸디다심내막염 | B37.6 |
| 8. 수막알균성 심장병 | A39.5 |

② '심뇌혈관질환'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, '뇌혈관질환'의 진단확정은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 '허혈성심장질환'의 진단은 병력·증상과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

**제3조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 '입원'이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 '심뇌혈관질환'의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에

치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 유의사항 】

**< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >**

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원,2021년 7월판) 기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 '심뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원' 이란 의사에 의해 '심뇌혈관질환' 으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, '심뇌혈관질환' 의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 '심뇌혈관질환' 을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 '심뇌혈관질환' 의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

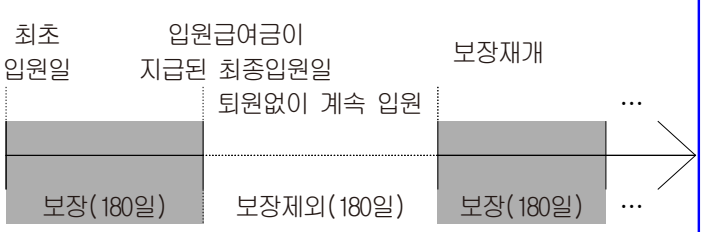
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 '심뇌혈관질환' 으로 진단된 경우에는 이는 '심뇌혈관질환' 의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 피보험자가 동일한 '심뇌혈관질환' 의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

그러나 동일한 '심뇌혈관질환' 에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【 예시안내 】




③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 '심뇌혈관질환' 의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 입원급여금을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-104 심뇌혈관질환수술입원일당(1-60일)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '심뇌혈관질환'으로 아래에 모두 해당되는 경우(이하 '수술입원'이라 합니다)에는 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. (이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

1. '심뇌혈관질환'의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우
2. '심뇌혈관질환'의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
3. 제1호 및 제2호는 동일한 '심뇌혈관질환'의 치료를 목적으로 합니다.

다만, 심뇌혈관질환수술입원급여금의 지급일수는 1회 수술입원당 60일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 심뇌혈관질환 수술 입원급여금 | 심뇌혈관질환으로 수술입원하여 치료를 받은 경우 | 수술입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (60일 한도) |

**제2조 (심뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '심뇌혈관질환'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표21] '심뇌혈관질환 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② '심뇌혈관질환'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, '뇌혈관질환'의 진단확정은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 '허혈성심장질환'의 진단은 병력·증상과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

**제3조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 '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(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**【 유의사항 】**

**< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >**

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원,2021년 7월판) 기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제4조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술 및 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술의 경우에는 심뇌혈관질환수술입원급여금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

**[신의료기술평가위원회]**

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

**【 예시안내 】**

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

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

**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 '심뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원'이란 의사에 의해 '심뇌혈관질환'으로 진단이 된

질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, '심뇌혈관질환'의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 '심뇌혈관질환'을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 '심뇌혈관질환'의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

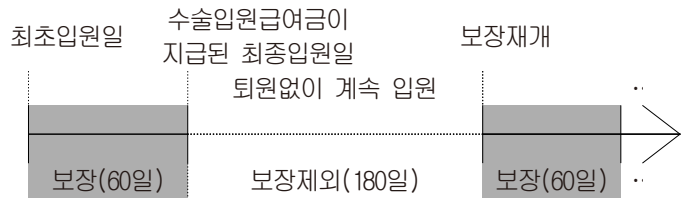
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 '심뇌혈관질환'으로 진단된 경우에는 이는 '심뇌혈관질환'의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 피보험자가 동일한 '심뇌혈관질환'의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

그러나 동일한 '심뇌혈관질환'에 대한 입원이라도 심뇌혈관질환수술입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 '심뇌혈관질환'으로 '수술'을 받은 경우에는 또다른 '수술입원'으로 보아 새로운 입원일부터 입원 1일당 심뇌혈관질환수술입원급여금을 지급합니다.

다만, 다음과 같이 심뇌혈관질환수술입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 심뇌혈관질환수술입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【 예시안내 】




③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 '심뇌혈관질환'의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 '수술입원'하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 '수술입원'에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 심뇌혈관질환수술입원급여금을 계속 지급합니다.

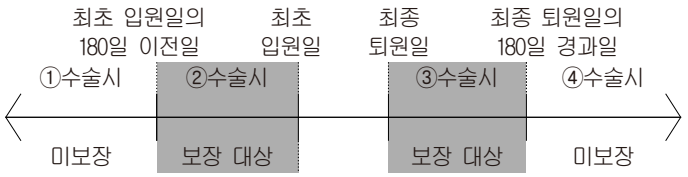
⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 심뇌혈관질환수술입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ '수술'이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 아래의 기간에 동일한 질병의 치료를 목적으로 '수술'을 받은 경우 제1조(보험금의 지급사유)의 심뇌혈관질환수술입원급여금을 제1항 내지 제5항에 따라 지급합니다.

1. '최초 입원일의 180일 이전일'로부터 '최초 입원일'
2. '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일

【 예시안내 】

**< 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준 >**




① '최초입원일의 180일 이전일' 전 수술시 미보장

② '최초 입원일의 180일 이전일'로부터 '최초 입원일'에 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 수술입원급여금을 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제5항에 따라 보장

③ '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일 이내 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 수술입원급여금을 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 내지 제5항에 따라 보장

④ '최종 입원의 퇴원일'로부터 180일 후 수술시 미보장

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제7조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-105 특정감염병Ⅱ입원일당(1-30일)(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '특정감염병Ⅱ'의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다) 다만, 특정감염병Ⅱ입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 특정감염병Ⅱ 입원급여금 | '특정감염병Ⅱ'의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우 | 입원 1일당 이 특약의 보험가입금액 (30일한도) |

**제2조 (특정감염병Ⅱ의 정의)**

이 특약에서 '특정감염병Ⅱ'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표23] '특정감염병Ⅱ 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 단, 'U07.1'은 응급 사용을 위하여 세계보건기구의 지시에 의해 즉시 사용될 수 있는 분류항목군에 수록되어, 이후 세계보건기구의 추가적인 결정에 따라 다른 대분류상의 특정 코드로 변경되는 경우에는 변경된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

**제3조 (입원의 정의와 장소)**

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

【 유의사항 】

**< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >**

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원,2021년 7월판) 기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 '특정감염병Ⅱ'의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원' 이란 의사에 의해 '특정감염병Ⅱ'으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, '특정감염병Ⅱ'의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 '특정감염병Ⅱ'을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 '특정감염병Ⅱ'의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

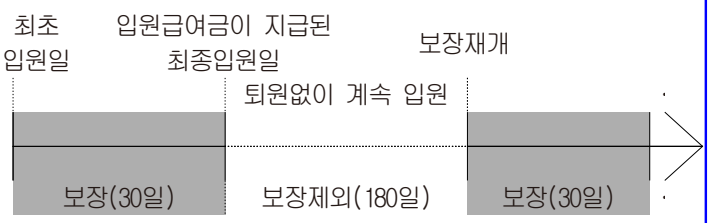
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 '특정감염병Ⅱ'으로 진단된 경우에는 이는 '특정감염병Ⅱ'의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 피보험자가 동일한 '특정감염병Ⅱ'의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

그러나 동일한 '특정감염병Ⅱ'에 대한 입원이라도 특정감염병Ⅱ입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 특정감염병Ⅱ입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 특정감염병Ⅱ입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【 예시안내 】




③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 '특정감염병Ⅱ'의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 특정감염병Ⅱ입원급여금을 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 특정감염병Ⅱ입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의규정은 제외합니다.

## 2-106 질병수술(간편건강고지)보장 특별약관 / 질병수술(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 질병수술보험금 | 질병으로 수술을 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |

**제2조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함됩니다.

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

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술 및 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술의 경우에는 질병수술보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

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

**【 예시안내 】**

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

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

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

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

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

③ 제2조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 레이저에 의한 수술의 경우, 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 질병수술보험금을 지급합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 다음 각 호의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)
   단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98)으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급합니다.
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60 ~ K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외

인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표22] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림) 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.
⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.
② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-107 질병수술(추가감액)(간편건강고지)보장 특별약관 / 질병수술(추가감액)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 90일이내 | 계약일부터 90일초과 1년 미만 | 계약일부터 1년이상 | |
| 질병수술보험금 | 질병으로 수술을 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 10% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |

**제2조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성

과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함됩니다.

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

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술 및 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술의 경우에는 질병수술보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

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

**【 예시안내 】**

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

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

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

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

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

③ 제2조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 레이저에 의한 수술의 경우, 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 질병수술보험금을 지급합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 다음

각 호의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)
   단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98)으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급합니다.
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60 ~ K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표22] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림) 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및

계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**
갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세
⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-108 질병수술(백내장및대장용종제외)(간편건강고지)보장 특별약관 / 질병수술(백내장및대장용종제외)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병(백내장 및 대장용종 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 질병수술보험금(백내장 및 대장용종제외) | 질병(백내장 및 대장용종제외)으로 수술을 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |

**제2조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함됩니다.

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

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술 및 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술의 경우에는 질병수술보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

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

**【 예시안내 】**

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

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

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 질병수술보험금(백내장 및 대장용종 제외)만 지급합니다.
질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에

따라 보험금을 지급합니다.

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

③ 제2조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 레이저에 의한 수술의 경우, 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 질병수술보험금(백내장 및 대장용종 제외)을 지급합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 다음 각 호의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)
   단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98)으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급합니다.
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60 ~ K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
9. 백내장(H25 ~ H27)
10. 대장의 용종(폴립) 또는 대장의 양성신생물(K63.5, D12.0~D12.8)

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표22] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림) 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-109 질병수술(백내장및대장용종제외)(추가감액)(간편건강고지)보장 특별약관 / 질병수술(백내장및대장용종제외)(간편건강고지)(추가감액)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병(백내장 및 대장용종 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 90일 이내 | 계약일부터 90일 초과 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 질병수술보험금(백내장 및 대장용종 제외) | 질병(백내장 및 대장용종 제외)으로 수술을 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 10% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |

**제2조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함됩니다.

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

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술 및 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술의 경우에는 질병수술보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

**[신의료기술평가위원회]**

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

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

· 체외 충격파 쇄석술
· 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
· 절개 또는 배농술
· 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
· 전기소작술
· IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

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

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 질병수술보험금(백내장 및 대장용종 제외)만 지급합니다.
질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

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

③ 제2조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 레이저에 의한 수술의 경우, 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 질병수술보험금(백내장 및 대장용종 제외)을 지급합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 다음 각 호의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)
단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98)으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급합니다.
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60 ~ K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
9. 백내장(H25 ~ H27)
10. 대장의 용종(폴립) 또는 대장의 양성신생물(K63.5, D12.0~D12.8)

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민

건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표22] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림) 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-110 질병수술Ⅲ(1-5종)(수술회당지급)(간편건강고지)보장 특별약관 / 질병수술Ⅲ(1-5종)(수술회당지급)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 '1-5종 수술Ⅲ분류표'([별표55] '1-5종 수술Ⅲ분류표' 참조. 이하 같습니다)에서 정한 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 질병수술Ⅲ(1-5종) 보험금 | 질병으로 '1-5종 수술Ⅲ분류표'에서 정한 '1종' 수술을 받은 경우 | '질병수술Ⅲ(1종)' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '질병수술Ⅲ(1종)' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |
| | 질병으로 '1-5종 수술Ⅲ분류표'에서 정한 '2종' 수술을 받은 경우 | '질병수술Ⅲ(2종)' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '질병수술Ⅲ(2종)' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |
| | 질병으로 '1-5종 수술Ⅲ분류표'에서 정한 '3종' 수술을 받은 경우 | '질병수술Ⅲ(3종)' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '질병수술Ⅲ(3종)' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |
| | 질병으로 '1-5종 수술Ⅲ분류표'에서 정한 '4종' 수술을 받은 경우 | '질병수술Ⅲ(4종)' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '질병수술Ⅲ(4종)' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |
| | 질병으로 '1-5종 수술Ⅲ분류표'에서 정한 '5종' 수술을 받은 경우 | '질병수술Ⅲ(5종)' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '질병수술Ⅲ(5종)' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |

**제2조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의

면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 '1-5종 수술III분류표'에서 정한 행위(의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술 및 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술의 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

**【 용어해설 】**

**< 신의료기술평가위원회 >**

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

## 제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 같은 질병으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 질병수술III(1-5종)보험금을 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 질병수술III(1-5종)보험금을 먼저 지급한 때에는 지급금액에 해당하는 질병수술III(1-5종)보험금에서 이미 지급한 질병수술III(1-5종)보험금을 차감하고 지급합니다.

다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 질병수술III(1-5종)보험금을 지급합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래에 열거된 수술의 경우, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 질병수술III(1-5종)보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

1. 일반적인 질병(제자리암, 경계성종양 포함) 치료목적의 수술
   가. 치료목적의 유방절제술(Mammotomy)
   나. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술
   다. 망막박리 수술
   라. 레이저(Laser)에 의한 안구 수술
   마. 냉동응고에 의한 안구 수술
   바. 중이내 튜브유치술
   사. 체외충격파쇄석술(E.S.W.L)
   아. 내시경(Fiverscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파전극 등에 의한 경피적 수술
2. 악성신생물 치료목적의 수술
   가. 내시경 수술, 카테터(Catheter)·고주파전극 등에 의한 악성신생물 수술
   나. 기타 악성신생물수술(단, 관혈적 악성신생물 근치수술 및 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술 제외)
3. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사
   가. 악성신생물 근치 방사선 조사(단, 5,000Rad 이상의 조사를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이브(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(Stereotactic radiotherapy)를 포함함)

나. 두 개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료

4. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술 기법

③ 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식 기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 다음 각 호의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)
   단 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98)으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급합니다.
3. 피보험자가 임신, 출산, 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)(단, 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)은 보상합니다)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
5. 비만(E66)
6. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
7. 티눈 및 굳은살(L84)
8. 피부 및 피하조직의 모낭낭(L72)

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표22] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림) 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.

다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-111 질병수술Ⅲ(1-5종)(수술회당지급)(추가감액)(간편건강고지)보장 특별약관 / 질병수술Ⅲ(1-5종)(수술회당지급)(추가감액)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 '1-5종 수술Ⅱ분류표'([별표55] '1-5종 수술Ⅲ분류표' 참조. 이하 같습니다)에서 정한 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 90일이내 | 계약일부터 90일초과 1년 미만 | 계약일부터 1년이상 | |
| 질병수술Ⅲ(1-5종) 보험금 | 질병으로 '1-5종 수술Ⅲ분류표'에서 정한 '1종' 수술을 받은 경우 | '질병수술Ⅲ(1종)' 보장 보험가입금액의 10% 해당액 | '질병수술Ⅲ(1종)' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '질병수술Ⅲ(1종)' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |
| | 질병으로 '1-5종 수술Ⅲ분류표'에서 정한 '2종' 수술을 받은 경우 | '질병수술Ⅲ(2종)' 보장 보험가입금액의 10% 해당액 | '질병수술Ⅲ(2종)' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '질병수술Ⅲ(2종)' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |
| | 질병으로 '1-5종 수술Ⅲ분류표'에서 정한 '3종' 수술을 받은 경우 | '질병수술Ⅲ(3종)' 보장 보험가입금액의 10% 해당액 | '질병수술Ⅲ(3종)' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '질병수술Ⅲ(3종)' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 90일이내 | 계약일부터 90일초과 1년 미만 | 계약일부터 1년이상 | |
| 질병수술III(1-5종) 보험금 | 질병으로 '1-5종 수술III분류표'에서 정한 '4종' 수술을 받은 경우 | '질병수술III(4종)' 보장 보험가입금액의 10% 해당액 | '질병수술III(4종)' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '질병수술III(4종)' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |
| | 질병으로 '1-5종 수술III분류표'에서 정한 '5종' 수술을 받은 경우 | '질병수술III(5종)' 보장 보험가입금액의 10% 해당액 | '질병수술III(5종)' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '질병수술III(5종)' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |

**제2조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 '1-5종 수술III분류표'에서 정한 행위(의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술 및 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술의 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

**【 용어해설 】**

**< 신의료기술평가위원회 >**

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

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 회사는 피보험자가 같은 질병으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 질병수술III(1-5종)보험금을 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 질병수술III(1-5종)보험금을 먼저 지급한 때에는 지급금액에 해당하는 질병수술III(1-5종)보험금에서 이미 지급한 질병수술III(1-5종)보험금을 차감하고 지급합니다.

다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수

술을 받은 경우에는 각각의 질병수술III(1-5종)보험금을 지급합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래에 열거된 수술의 경우, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 질병수술III(1-5종)보험금을 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

1. 일반적인 질병(제자리암, 경계성종양 포함) 치료목적의 수술
   가. 치료목적의 유방절제술(Mammotomy)
   나. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술
   다. 망막박리 수술
   라. 레이저(Laser)에 의한 안구 수술
   마. 냉동응고에 의한 안구 수술
   바. 중이내 튜브유치술
   사. 체외충격파쇄석술(E.S.W.L)
   아. 내시경(Fiverscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파전극 등에 의한 경피적 수술
2. 악성신생물 치료목적의 수술
   가. 내시경 수술, 카테터(Catheter)·고주파전극 등에 의한 악성신생물 수술
   나. 기타 악성신생물수술(단, 관혈적 악성신생물 근치수술 및 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술 제외)
3. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사
   가. 악성신생물 근치 방사선 조사(단, 5,000Rad 이상의 조사를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이브(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(Stereotactic radiotherapy)를 포함함)
   나. 두 개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료
4. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술 기법

③ 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식 기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 다음 각 호의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)
   단 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98)으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급합니다.
3. 피보험자가 임신, 출산, 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)(단, 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)은 보상합니다)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
5. 비만(E66)
6. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
7. 티눈 및 굳은살(L84)
8. 피부 및 피하조직의 모낭낭(L72)

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표22] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림) 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제7조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.

다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-112 질병수술(시술포함)(1-8종)(급여)(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'([별표39] '1-8종 수술 및 시술 분류표' 참조. 이하 같습니다)에서 정한 '수술 및 시술'을 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)
다만, 1회의 입원당 1회의 '수술 및 시술' 또는 1회의 통원당 1회의 '수술 및 시술'에 한하여 보장하며, 하나의 '수술시술코드' 당 연간 1회에 한하여 보장합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다.)

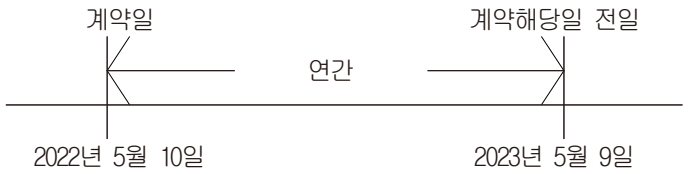
| 보험금의 종류 | | 지급금액 | |
|---|---|---|---|
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 |
| 질병수술(시술포함)(1-8종) 보험금 | 질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '1종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '질병수술(시술포함)(1종)' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '질병수술(시술포함)(1종)' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 |
| | 질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '2종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '질병수술(시술포함)(2종)' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '질병수술(시술포함)(2종)' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 |
| | 질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '3종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '질병수술(시술포함)(3종)' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '질병수술(시술포함)(3종)' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 |

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | |
|---|---|---|---|
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 |
| 질병수술(시술포함)(1-8종) 보험금 | 질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '4종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '질병수술(시술포함)(4종)' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '질병수술(시술포함)(4종)' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 |
| | 질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '5종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '질병수술(시술포함)(5종)' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '질병수술(시술포함)(5종)' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 |
| | 질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '6종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '질병수술(시술포함)(6종)' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '질병수술(시술포함)(6종)' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 |
| | 질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '7종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '질병수술(시술포함)(7종)' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '질병수술(시술포함)(7종)' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 |
| | 질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '8종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '질병수술(시술포함)(8종)' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '질병수술(시술포함)(8종)' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 |

② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >




**제2조 (수술 및 시술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술 및 시술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 하며, 한의사는 제외합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 [별표39] '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 수술시술코드(이하 '수술시술코드'라 합니다)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항의 '수술시술코드'는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 처치 및 수술료 항목에서 급여항목이 발생하고, 'KDRG(Korean Diagnosis Related Group)' 분류체계에 따라 부여된 'ADRG(Adjacent DRG)' 중 회사가 정한 코드를 말합니다.

【 용어해설 】

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

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

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

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

③ 제2항의 '수술시술코드'에서 향후 'KDRG' 개정으로 동일한 수술 및 시술에 대해 '수술시술코드'가 변경되는 경우 이 특약의 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유가 발생한 시점 기준의 '수술시술코드'를 따릅니다. 다만, 회사가 정한 수술시술종류(1-8종)는 '수술시술코드'가 변경되어도 수술 및 시술내용에 따라 체결시점에서 정한 수술시술종류(1-8종)를 기준으로 보험금을 지급합니다.

또한, 이 특약 체결시점 이후 'ADRG'가 신규 추가되는 경우 회사는 [별표39] '1-8종 수술 및 시술 분류표'의 구분에 준하여 수술시술코드를 결정합니다.

**【 예시안내 】**

이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술시술코드는 A010(KDRG 버전 4.4)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 간이식에 해당하는 수술시술코드가 A080(KDRG 버전 5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전 4.4)에 해당하는 수술시술종류(1-8종)에 따라 질병수술(시술포함)(1-8종)보험금을 지급합니다.

④ 2항 및 제3항에도 불구하고 이 특약 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술 및 시술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술 및 시술은 보장에서 제외됩니다.

⑤ 제1항의 수술 및 시술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

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

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

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술 및 시술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술시술코드에 한하여 질병수술(시술포함)(1-8종)보험금을 지급합니다.

**【 유의사항 】**

ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 'KDRG'에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속하여 입원 중에 2가지 이상의 수술시술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술시술코드가 부여된 경우에는 수술시술 종류가 높은 하나의 수술시술코드에 한하여 해당 종의 질병수술(시술포함)보험금을 지급합니다.

③ 제1항에도 불구하고 진료비 세부내역서 등을 통해 피보험자가 유방재

건술과 유방절제술을 동시에 받은 것으로 확인되는 경우 회사는 유방재건술(J051, J052)이 아니라 유방절제술(J061, J062)에 해당하는 수술시술코드가 발생한 것으로 보아 유방절제술(J061, J062)의 질병수술(시술포함)(1-8종)보험금을 지급합니다.

**【 예시안내 】**

피보험자가 입원을 하고 "유방재건술"과 "유방절제술"을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 ADRG는 "유방재건술(J051)"(3종)입니다. 다만, 이 경우 회사는 제3항에 따라 "유방절제술(J061)"에 해당하는 7종의 질병수술(시술포함)보험금을 지급합니다.

④ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술 및 시술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑤ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 계속입원 중 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특약의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑥ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술 및 시술한 경우, 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특약에서 정한 수술시술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제2조(수술 및 시술의 정의와 장소)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

**【 예시안내 】**

자동차보험 또는 산재보험 등 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 질병으로 인하여 아래의 진단명 및 의료행위를 받은 경우 회사는 6항에 따라 '주요 폐 수술(악성종양의 경우)(E012)'에 해당하는 질병수술(시술포함)(1-8종)보험금을 지급합니다.

· 진단명 : 기관의 악성 신생물(C33)
· 의료행위 : 체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용(HD111)

⑦ 제2항에도 불구하고 제6항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 이 수술시술코드에 해당하는 질병수술(시술포함)(1-8종)보험금과 제6항의 수술시술코드에 해당하는 질병수술(시술포함)(1-8종)보험금을 각각 지급합니다.

⑧ '복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양제외)(N031)', '개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)(N032)', '분만및유산후관련장애(수술시행)(O110)'는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

우에는 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
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
7. 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
8. 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
9. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
10. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우

② 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병에 대하여는 보상하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98)으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급합니다.
3. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
4. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
5. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00~P96)

③ 회사는 [별표39] '1~8종 수술 및 시술 분류표'의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.

④ 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표22] 비급여대상)에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.

**제5조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서('건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)' 필수 기재), 수술증명서, 진료비계산서, 입퇴원확인서 등)
단, '건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)'를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 '건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)'를 확인할 수 있는 대체서류를 제출하여야 합니다.
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명 사실확인서 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 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외

합니다.

## 2-113 질병수술(시술포함)(1-8종)(급여)(추가감액)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'([별표39] '1-8종 수술 및 시술 분류표' 참조. 이하 같습니다)에서 정한 '수술 및 시술'을 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)
다만, 1회의 입원당 1회의 '수술 및 시술' 또는 1회의 통원당 1회의 '수술 및 시술'에 한하여 보장하며, 하나의 '수술시술코드'당 연간 1회에 한하여 보장합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다.)

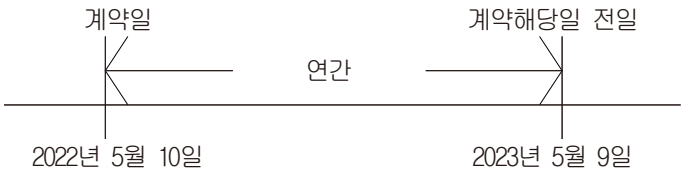
| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 계약일부터 90일이내 | 계약일부터 90일초과 1년 미만 | 계약일 부터 1년이상 |
| 질병수술(시술포함)(1-8종) 보험금 | 질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '1종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '질병수술(시술포함)(1종)' 보장 보험가입금액의 10% 해당액 | '질병수술(시술포함)(1종)' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '질병수술(시술포함)(1종)' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 |
| | 질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '2종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '질병수술(시술포함)(2종)' 보장 보험가입금액의 10% 해당액 | '질병수술(시술포함)(2종)' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '질병수술(시술포함)(2종)' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 |
| | 질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '3종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '질병수술(시술포함)(3종)' 보장 보험가입금액의 10% 해당액 | '질병수술(시술포함)(3종)' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '질병수술(시술포함)(3종)' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 |
| | 질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '4종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '질병수술(시술포함)(4종)' 보장 보험가입금액의 10% 해당액 | '질병수술(시술포함)(4종)' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '질병수술(시술포함)(4종)' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 |

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 계약일부터 90일이내 | 계약일부터 90일초과 1년 미만 | 계약일 부터 1년이상 |
| 질병수술(시술포함)(1-8종) 보험금 | 질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '5종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '질병수술(시술포함)(5종)' 보장 보험가입금액의 10% 해당액 | '질병수술(시술포함)(5종)' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '질병수술(시술포함)(5종)' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 |
| | 질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '6종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '질병수술(시술포함)(6종)' 보장 보험가입금액의 10% 해당액 | '질병수술(시술포함)(6종)' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '질병수술(시술포함)(6종)' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 |
| | 질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '7종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '질병수술(시술포함)(7종)' 보장 보험가입금액의 10% 해당액 | '질병수술(시술포함)(7종)' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '질병수술(시술포함)(7종)' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 |
| | 질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 '8종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우 | '질병수술(시술포함)(8종)' 보장 보험가입금액의 10% 해당액 | '질병수술(시술포함)(8종)' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '질병수술(시술포함)(8종)' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 |

② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >




**제2조 (수술 및 시술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술 및 시술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 하며, 한의사는 제외합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 [별표39] '1-8종 수술 및 시술 분류표'에서 정한 수술시술코드(이하 '수술시술코드'라 합니다)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항의 '수술시술코드'는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 처치 및 수술료 항목에서 급여항목이 발생하고, 'KDRG(Korean Diagnosis Related Group)' 분류체계에 따라 부여된 'ADRG(Adjacent DRG)' 중 회사가 정한 코드를 말합니다.

【 용어해설 】

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

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

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

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

③ 제2항의 '수술시술코드'에서 향후 'KDRG' 개정으로 동일한 수술 및 시술에 대해 '수술시술코드'가 변경되는 경우 이 특약의 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유가 발생한 시점 기준의 '수술시술코드'를 따릅니다. 다만, 회사가 정한 수술시술종류(1-8종)는 '수술시술코드'가 변경되어도 수술 및 시술내용에 따라 체결시점에서 정한 수술시술종류(1-8종)를 기준으로 보험금을 지급합니다.

또한, 이 특약 체결시점 이후 'ADRG'가 신규 추가되는 경우 회사는 [별표39] '1-8종 수술 및 시술 분류표'의 구분에 준하여 수술시술코드를 결정합니다.

【 예시안내 】

이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술시술코드는 A010(KDRG 버전 4.4)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 간이식에 해당하는 수술시술코드가 A080(KDRG 버전 5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전 4.4)에 해당하는 수술시술종류(1-8종)에 따라 질병수술(시술포함)(1-8종)보험금을 지급합니다.

④ 2항 및 제3항에도 불구하고 이 특약 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술 및 시술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술 및 시술은 보장에서 제외됩니다.

⑤ 제1항의 수술 및 시술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

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

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

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술 및 시술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술시술코드에 한하여 질병수술(시술포함)(1-8종)보험금을 지급합니다.

**【 유의사항 】**

ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 'KDRG' 에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속하여 입원 중에 2가지 이상의 수술시술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술시술코드가 부여된 경우에는 수술시술 종류가 높은 하나의 수술시술코드에 한하여 해당 종의 질병수술(시술포함)보험금을 지급합니다.

③ 제1항에도 불구하고 진료비 세부내역서 등을 통해 피보험자가 유방재건술과 유방절제술을 동시에 받은 것으로 확인되는 경우 회사는 유방재건술(J051, J052)이 아니라 유방절제술(J061, J062)에 해당하는 수술시술코드가 발생한 것으로 보아 유방절제술(J061, J062)의 질병수술(시술포함)(1-8종)보험금을 지급합니다.

**【 예시안내 】**

피보험자가 입원을 하고 "유방재건술"과 "유방절제술"을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 ADRG는 "유방재건술(J051)"(3종)입니다. 다만, 이 경우 회사는 제3항에 따라 "유방절제술(J061)"에 해당하는 7종의 질병수술(시술포함)보험금을 지급합니다.

④ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술 및 시술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑤ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 계속입원 중 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특약의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑥ 피보험자가 「국민건강보험법」또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술 및 시술한 경우, 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특약에서 정한 수술시술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제2조(수술 및 시술의 정의와 장소)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

【 예시안내 】

자동차보험 또는 산재보험 등 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 질병으로 인하여 아래의 진단명 및 의료행위를 받은 경우 회사는 6항에 따라 '주요 폐 수술(악성종양의 경우)(E012)'에 해당하는 질병수술(시술포함)(1-8종)보험금을 지급합니다.

· 진단명 : 기관의 악성 신생물(C33)
· 의료행위 : 체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용(HD111)

⑦ 제2항에도 불구하고 제6항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 이 수술시술코드에 해당하는 질병수술(시술포함)(1-8종)보험금과 제6항의 수술시술코드에 해당하는 질병수술(시술포함)(1-8종)보험금을 각각 지급합니다.

⑧ '복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양제외)(N031)', '개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)(N032)', '분만및유산후관련장애(수술시행)(0110)'는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 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
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
7. 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
8. 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
9. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
10. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우

② 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
   단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98)으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급합니다.
3. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
4. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
5. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00~P96)

③ 회사는 [별표39] '1-8종 수술 및 시술 분류표'의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.

④ 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표22] 비급여대상)에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.

### 제5조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서( '건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)' 필수 기재), 수술증명서, 진료비계산서, 입퇴원확인서 등)
   단, '건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)'를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 '건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)'를 확인할 수 있는 대체서류를 제출하여야 합니다.
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명 사실확인서 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 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-114 질병수술(종합병원)(간편건강고지)보장 특별약관/질병수술(종합병원)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 종합병원 질병수술 보험금 | 질병으로 종합병원에서 수술을 받은 경우 | 이 특약 보험가입 금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |

**제2조 (종합병원의 정의)**

이 특약에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【 관련법규 】

**< 의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건 >**

- 100개 이상의 병상을 갖추어야 함
- 100병상 이상 300병상 이하인 경우 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 상기의 진료과목에 대해서는 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제2조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다.
다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술 및 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술의 경우에는 질병수술보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【 용어해설 】

**[신의료기술평가위원회]**

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

【 예시안내 】

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

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

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 수술

을 2회이상 받은  경우에는 하나의 질병수술보험금만 지급합니다. 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

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

③ 제3조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 레이저에 의한 수술의 경우, 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 질병수술보험금을 지급합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 제8차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 다음 각 호의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)
   단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98)으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급합니다.
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60 ~ K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표27] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림)  등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제9조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제10조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-115 질병수술(상급종합병원)(간편건강고지)보장 특별약관 / 질병수술(상급종합병원)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

### 제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 상급종합병원 질병수술 보험금 | 질병으로 상급종합병원에서 수술을 받은 경우 | 이 특약 보험가입 금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |

### 제2조 (상급종합병원의 정의)

이 특약에서 '상급종합병원'이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

**【 관련법규 】**

**<의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 요건>**

- 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함
- 의료법 제77조(전문의) 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관이어야 함
- 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어야 함
- 질병군별 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하여야 함

### 제3조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 제2조(상급종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다.
다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술 및 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술의 경우에는 질병수술보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【 용어해설 】

**[신의료기술평가위원회]**

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

【 예시안내 】

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**

· 체외 충격파 쇄석술
· 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
· 절개 또는 배농술
· 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
· 전기소작술
· IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

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

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

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

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

③ 제3조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 레이저에 의한 수술의 경우, 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 질병수술보험금을 지급합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 제8차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 다음 각 호의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)
   단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98)으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급합니다.
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60 ~ K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한

진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표27] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수(눈꺼풀처짐), 안검내반(눈꺼풀속말림) 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제9조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제10조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-116 질병특정급여시술치료(연간1회한)(간편건강고지) 보장 특별약관

질병특정급여시술치료(연간1회한) 특별약관(이하 '특약'이라 합니다.)은 '질병특정급여시술치료(연간1회한)(흡인,천자,절개,배액,배농)', '질병특정급여시술치료(연간1회한)(신경차단술)', '질병특정급여시술치료(연간1회한)(기타시술)'의 3개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

**제1조 (보험금의 지급사유)**

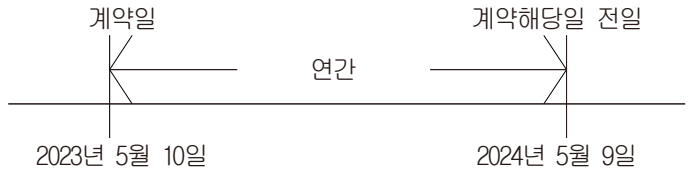
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 아래 해당하는 질병특정급여시술치료를 받은 경우에는 각각의 보장에 대하여 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 질병특정급여시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(연간1회한)보장보험금 | 질병으로 질병특정급여시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)을 받은 경우 | 이 보장 보험가입 금액의 50% 해당액 (연간1회한) | 이 보장 보험가입금액의 100% 해당액 (연간1회한) | |
| 질병특정급여시술치료(신경차단술)(연간1회한)보장보험금 | 질병으로 질병특정급여시술치료(신경차단술)을 받은 경우 | 이 보장 보험가입 금액의 50% 해당액 (연간1회한) | 이 보장 보험가입금액의 100% 해당액 (연간1회한) | |
| 질병특정급여시술치료(기타시술)(연간1회한)보장보험금 | 질병으로 질병특정급여시술치료(기타시술)을 받은 경우 | 이 보장 보험가입 금액의 50% 해당액 (연간1회한) | 이 보장 보험가입금액의 100% 해당액 (연간1회한) | |

② 제1항에서 '연간'이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >




**제2조 (질병특정급여시술치료 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특별약관에서 '질병특정급여시술치료'라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 [별표9] 특정시술치료(급여) 대상 수가코드에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '질병특정급여시술치료'에 준하여 보장 여부를 결정합니다.

③ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 '질병특정급여시술치료' 외에 '질병특정급여시술치료'에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

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

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

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

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

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

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

**제5조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서( "건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진단서, 진료비계산서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명 사실확인서 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 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-117 암수술(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후 '암'( '유사암' 제

외) 또는 '유사암'으로 진단확정되고, 그 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 암수술 보험금 | '암'('유사암'제외)으로 수술을 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |
| 2. 유사암 수술보험금 | '기타피부암'으로 수술을 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액 |
| | '갑상선암'으로 수술을 받은 경우 | |
| | '제자리암'으로 수술을 받은 경우 | |
| | '경계성종양'으로 수술을 받은 경우 | |

**제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

③ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 '제자리암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '경계성종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

**【 예시안내 】**

**< '제7항에 따른 진단방법이 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

**【 유의사항 】**

한국표준질병사인분류 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>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함됩니다.

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

④ 제1항 내지 제3항의 '수술'은 '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

**[신의료기술평가위원회]**

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

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

· 체외 충격파 쇄석술
· 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
· 절개 또는 배농술
· 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
· 전기소작술
· IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

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

**제4조 (항암방사선치료 등의 정의)**

① 이 특약에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

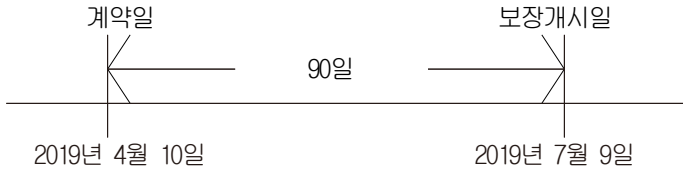
② 이 특약에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
다만, '유사암' 에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 관계없이 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

< '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 >




② 항암방사선치료와 항암약물치료는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 수술보험금이 지급되지 않습니다.

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

**제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제7조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'( '유사암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제8조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제9조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제8조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제10조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'('유사암' 제외)에 대하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제11조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-118 암수술(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'으로 진단확정되고, 그 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. (이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 암수술 보험금 | '암'('유사암'제외)으로 수술을 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |
| 2. 유사암 수술보험금 | '기타피부암' 으로 수술을 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액 |
| | '갑상선암' 으로 수술을 받은 경우 | |
| | '제자리암' 으로 수술을 받은 경우 | |
| | '경계성종양' 으로 수술을 받은 경우 | |

**제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암' 이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '유사암' 이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양' 을 총칭합니다.

③ 이 특약에서 '기타피부암' 이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 '갑상선암' 이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 '제자리암' 이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '경계성종양' 이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ '암' ( '유사암' 제외) 및 '유사암' 의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암' ( '유사암' 제외) 및 '유사암' 의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

**【 예시안내 】**

**< '제7항에 따른 진단방법이 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

**【 유의사항 】**

한국표준질병사인분류 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>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함됩니다.

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

④ 제1항 내지 제3항의 '수술'은 '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

**[신의료기술평가위원회]**

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

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

· 체외 충격파 쇄석술
· 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
· 절개 또는 배농술
· 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
· 전기소작술
· IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

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

**제4조 (항암방사선치료 등의 정의)**

① 이 특약에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

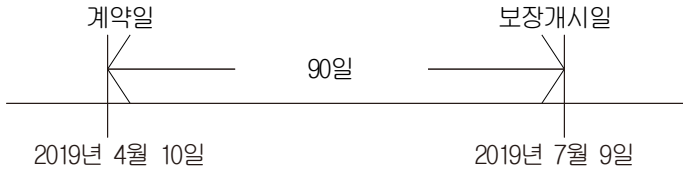
② 이 특약에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
다만, '유사암'에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 관계없이 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

< '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 >




② 제1항에도 불구하고 제11조(특약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

③ 항암방사선치료와 항암약물치료는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 수술보험금이 지급되지 않습니다.

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

**제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제7조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'( '유사암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우

에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제8조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제9조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제8조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제10조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'( '유사암' 제외)에 대하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제11조 (특약의 자동갱신)**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제12조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제13조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-119 암수술(감액및면책기간미적용)(간편건강고지) 보장 특별약관 / 암수술(감액및면책기간미적용)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'으로 진단확정되고, 그 '암'('유사암' 제외) 또는 '유사암'의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 암수술 보험금 | '암'('유사암' 제외)으로 수술을 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |
| 2. 유사암 수술보험금 | '기타피부암'으로 수술을 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 20% 해당액 |
| | '갑상선암'으로 수술을 받은 경우 | |
| | '제자리암'으로 수술을 받은 경우 | |
| | '경계성종양'으로 수술을 받은 경우 | |

**제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

③ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 '제자리암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '경계성종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

**【 예시안내 】**

**< '제7항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함됩니다.

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

④ 제1항 내지 제3항의 ‘수술’은 ‘항암방사선치료’와 ‘항암약물치료’는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【 용어해설 】

**[신의료기술평가위원회]**

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

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

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

**제4조 (항암방사선치료 등의 정의)**

① 이 특약에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 항암방사선치료와 항암약물치료는 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.

**제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제7조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제9조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**
갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세
⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.
⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제10조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**
① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.
② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제11조 (준용규정)**
이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-120 전이암수술(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '전이암'으로 진단확정되고, 그 '전이암' 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | |
|---|---|---|---|
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 |
| 전이암 수술보험금 | '전이암'으로 수술을 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |

**제2조 ( '전이암' 등의 정의 및 진단확정)**
① 이 특약에서 '전이암'이라 함은 제2항에서 정한 '림프절전이암' 및 제3항에서 정한 '특정전이암'을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or

condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '림프절전이암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표76] '전이암 분류표'에서 정한 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 '특정전이암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표76] "전이암 분류표"에서 정한 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)) 및 C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))을 말합니다.

④ '전이암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '전이암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '전이암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【 예시안내 】**

**< '제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

### 제3조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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

④ 제1항 내지 제3항의 '수술'은 '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

**[신의료기술평가위원회]**

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

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

· 체외 충격파 쇄석술 · 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
· 절개 또는 배농술 · 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
· 전기소작술 · IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

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

### 제4조 (항암방사선치료 등의 정의)

① 이 특약에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특약에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

### 제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '전이암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

【 예시안내 】

< '전이암'에 대한 보장개시일 >

② 보통약관 제39조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '전이암'에 대한 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

③ 항암방사선치료와 항암약물치료는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 수술보험금이 지급되지 않습니다.

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

### 제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다

### 제7조 (특약의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '전이암'에 대한 보장개시일 전일 이전에 '전이암'으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여

돌려 드립니다.

**제8조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제9조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제8조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제10조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-121 로봇암수술(다빈치및레보아이)(최초1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '암'(갑상선암및전립선암제외)으로 진단확정되고 그 '암'(갑상선암및전립선암제외)의 치료를 직접적인 목적으로 로봇암수술을 받은 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일로부터 1년 미만 | 계약일로부터 1년 이상 | |
| 로봇암수술(갑상선암및전립선암제외) 보험금 | '암(갑상선암및전립선암제외)'으로 진단확정되고 그 '암(갑상선암및전립선암제외)'의 치료를 직접적인 목적으로 '다빈치로봇암수술' 또는 '레보아이로봇암수술'을 받은 경우 | 이 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |

② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '갑상선암' 또는 '전립선암'으로 진단확정되고 그 '갑상선암' 또는 '전립선암'의 치료를 직접적인 목적으로 로봇암수술을 받은 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일로부터 1년 미만 | 계약일로부터 1년 이상 | |
| 로봇 암수술(갑상선암 및 전립선암) 보험금 | '갑상선암' 또는 '전립선암'으로 진단확정되고 그 '갑상선암' 또는 '전립선암'의 치료를 직접적인 목적으로 '다빈치로봇암수술' 또는 '레보아이로봇암수술'을 받은 경우 | 이 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |

**제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 '전립선암'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 전립선의 악성신생물(암)(분류번호 C61)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ '암', '갑상선암' 및 '전립선암'의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

**【 예시안내 】**

**< '제4항에 따른 진단방법이 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

**【 유의사항 】**

한국표준질병사인분류 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>

- '갑상선암(C73)' 과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)' 로 진단된 경우 '갑상선암(C73)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)' 이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)' 로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)' 이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)' 로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑥ 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조( '다빈치로봇암수술' 등 의 정의)**

① 이 특별약관에서 '다빈치로봇암수술' 이라 함은 암의 직접적인 치료를 목적으로 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 [별표56-1] '다빈치로봇암수술 분류표' 에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 이 특별약관에서 '레보아이로봇암수술' 이라 함은 암의 직접적인 치료를 목적으로 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 [별표56-2] '레보아이로봇암수술 분류표' 에 해당하는 진료행위를 말합니다.

③ 제1항 및 제2항의 진료행위에 해당하지 않더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기 또는 레보아이(Revo-i)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 '다빈치로봇암수술' 또는 '레보아이로봇암수술' 을 받은 것으로 봅니다.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '다빈치로봇암수술' 에 준하여 보장 여부를 결정합니다.

④ 제1항 내지 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항 및 제2항에서 정한 '다빈치로봇암수술' 및 '레보아이로봇암수술' 외에 '다빈치로봇암수술' 또는 '레보아이로봇암수술' 에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

**제4조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술' 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사' 라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함됩니다.

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

④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【 용어해설 】

**[신의료기술평가위원회]**

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

【 예시안내 】

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

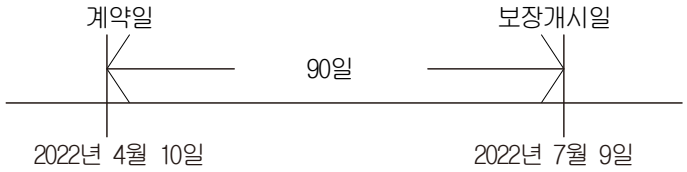
※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '암'에 대한 보장개시일 >




② 제1항에도 불구하고 제12조(특약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암'에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

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

**제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제7조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서( '건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)' 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

### 제8조 (특약의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암'에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

### 제9조 (특약의 소멸)

① 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 다빈치로봇암수술(갑상선암 및 전립선암제외) 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 제1항 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 다빈치로봇암수술(갑상선암 및 전립선암) 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 제2항 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제9조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

### 제11조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 보통약관 제40조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암에 대하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

### 제12조 (특약의 자동갱신)

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또

는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**
갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세
⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제13조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제14조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-122 로봇암수술(다빈치및레보아이)(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '암'(갑상선암및전립선암제외)으로 진단확정되고 그 '암'(갑상선암및전립선암제외)의 치료를 직접적인 목적으로 로봇암수술을 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일로부터 1년 미만 | 계약일로부터 1년 이상 | |
| 로봇 암수술(갑상선암 및 전립선암제외) 보험금 | '암(갑상선암및전립선암제외)'으로 진단확정되고 그 '암(갑상선암및전립선암제외)'의 치료를 직접적인 목적으로 '다빈치로봇암수술' 또는 '레보아이로봇암수술'을 받은 경우 | 이 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |

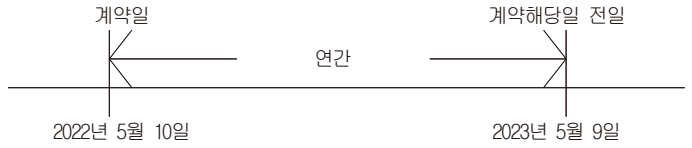
② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '갑상선암' 또는 '전립선암'으로 진단확정되고 그 '갑상선암' 또는 '전립선암'의 치료를 직접적인 목적으로 로봇암수술을 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일로부터 1년 미만 | 계약일로부터 1년 이상 | |
| 로봇 암수술(갑상선암 및 전립선암) 보험금 | '갑상선암' 또는 '전립선암'으로 진단확정되고 그 '갑상선암' 또는 '전립선암'의 치료를 직접적인 목적으로 '다빈치로봇암수술' 또는 '레보아이로봇암수술'을 받은 경우 | 이 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |

③ 제1항 내지 제2항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >




## 제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 ‘암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 ‘갑상선암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 ‘전립선암’이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 전립선의 악성신생물(암)(분류번호 C61)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ ‘암’, ‘갑상선암’ 및 ‘전립선암’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【 예시안내 】**

**< ‘제4항에 따른 진단방법이 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

**【 유의사항 】**

한국표준질병사인분류 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>

· ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

· ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

· ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑥ 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조( ‘다빈치로봇암수술’ 등 의 정의)**

① 이 특별약관에서 ‘다빈치로봇암수술’이라 함은 암의 직접적인 치료를 목적으로 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 [별표56-1] ‘다빈치로봇암수술 분류표’

에 해당하는 진료행위를 말합니다.

② 이 특별약관에서 '레보아이로봇암수술'이라 함은 암의 직접적인 치료를 목적으로 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 [별표56-2] '레보아이로봇암수술 분류표'에 해당하는 진료행위를 말합니다.

③ 제1항 및 제2항의 진료행위에 해당하지 않더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기 또는 레보아이(Revo-i)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 '다빈치로봇암수술' 또는 '레보아이로봇암수술'을 받은 것으로 봅니다.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '다빈치로봇암수술'에 준하여 보장 여부를 결정합니다.

④ 제1항 내지 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항 및 제2항에서 정한 '다빈치로봇암수술' 및 '레보아이로봇암수술' 외에 '다빈치로봇암수술'또는 '레보아이로봇암수술'에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

### 제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함됩니다.

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

④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

**[신의료기술평가위원회]**

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

**【 예시안내 】**

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

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

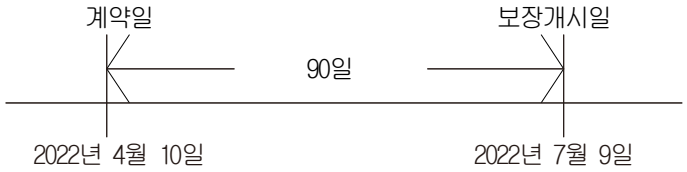
### 제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보통약관 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암'에 대한 보장개시일은 계

약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '암' 에 대한 보장개시일 >




② 제1항에도 불구하고 제12조(특약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암' 에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

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

### 제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

### 제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서( '건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)' 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

### 제8조 (특약의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암' 에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암' 으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

### 제9조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제9조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

### 제11조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 보통약관 제40조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

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

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암에 대하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

### 제12조 (특약의 자동갱신)

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**
갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세
⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

### 제13조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를

공제할 수 있습니다.

**제14조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-123 뇌혈관질환수술(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '뇌혈관질환'의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 계약일부터 90일 이내 | 계약일부터 90일 초과 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 |
| 뇌혈관질환 수술 보험금 | '뇌혈관질환'으로 수술을 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 10% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |

**제2조 (뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '뇌혈관질환'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표15] '뇌혈관질환 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 거미막하 출혈 | I60 |
| 2. 뇌내출혈 | I61 |
| 3. 기타 비외상성 두개내 출혈 | I62 |
| 4. 뇌경색증 | I63 |
| 5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중 | I64 |
| 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 | I65 |
| 7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착 | I66 |
| 8. 기타 뇌혈관 질환 | I67 |
| 9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애 | I68 |
| 10. 뇌혈관질환의 후유증 | I69 |

② '뇌혈관질환'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함됩니다.

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

④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

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

**【 예시안내 】**

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

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

**제4조 (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.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느

하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-124 허혈심장질환수술(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '허혈심장질환'의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 계약일부터 90일 이내 | 계약일부터 90일 초과 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 |
| 허혈심장질환 수술보험금 | '허혈심장질환'으로 수술을 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 10% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |

**제2조 (허혈심장질환의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '허혈심장질환'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표17] '허혈심장질환 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 협심증 | I20 |
| 2. 급성심근경색증 | I21 |
| 3. 후속심근경색증 | I22 |
| 4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증 | I23 |
| 5. 기타 급성 허혈심장질환 | I24 |
| 6. 만성 허혈심장병 | I25 |

② '허혈심장질환'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도

변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함됩니다.

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

④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

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

**【 예시안내 】**

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

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

**제4조 (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.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느

하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-125 심뇌혈관질환수술(간편건강고지)보장 특별약관 / 심뇌혈관질환수술(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '심뇌혈관질환'의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 90일 이내 | 계약일부터 90일 초과 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 심뇌혈관질환 수술보험금 | '심뇌혈관질환'으로 수술을 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 10% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |

**제2조 (심뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '심뇌혈관질환'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표21] '심뇌혈관질환 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 급성 류마티스열 | I00-I02 |
| 2. 만성 류마티스심장질환 | I05-I09 |
| 3. 허혈성 심장질환 | I20-I25 |
| 4. 폐성 심장병 및 폐순환의 질환 | I26-I28 |
| 5. 기타 형태의 심장병 | I30-I52 |
| 6. 뇌혈관질환 | I60-I69 |
| 7. 칸디다심내막염 | B37.6 |
| 8. 수막알균성 심장병 | A39.5 |

② '심뇌혈관질환'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, '뇌혈관질환'의 진단확정은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET),

단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 '허혈성심장질환'의 진단은 병력·증상과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함됩니다.

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

④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

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

**【 예시안내 】**

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

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

**제4조 (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.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.

다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제9조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제10조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-126 추간판장애수술(간편건강고지)보장 특별약관

### 제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '추간판장애'의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | |
|---|---|---|---|
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 |
| 추간판장애수술보험금 | '추간판장애'로 수술을 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |

### 제2조 (추간판장애의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 '추간판장애'라 함은 척추의 추간판이 돌출되어 통증 및 신경 증상을 유발하는 질환으로 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표30] '추간판장애 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 경추간판장애 | M50 |
| 2. 기타 추간판장애 | M51 |

② '추간판장애'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

### 제3조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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

④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

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

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>
· 체외 충격파 쇄석술
· 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
· 절개 또는 배농술
· 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
· 전기소작술
· IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

**제4조 (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.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (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 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서 계약자는 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【 유의사항 】

**< 계약자의 보험수익자 변경 통지 >**

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

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

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하

여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제9조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

**【 유의사항 】**

**< 보험가입금액 등의 감액시 환급금 >**

보험가입금액, 보험료 등의 감액시 환급금이 없거나 최초가입시 안내한 만기해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

**제9조 (해약환급금)**

① 이 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산합니다.

② 제1항의 해약환급금은 보험료의 자동대출납입에 따라 납입된 보험료와 이자, 보험계약대출에 따른 보험계약대출원금과 이자가 있는 경우 이를 차감한 금액을 지급합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보통약관 [부표1] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

⑤ 보통약관 제41조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

**제10조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-127 간질환수술(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '간질환'의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 간질환수술 보험금 | '간질환'으로 수술을 받은 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

**제2조 (간질환의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '간질환'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표31] '간질환 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 바이러스 간염<br>2. 간의 질환 | B15 ~ B19<br>K70 ~ K77 |

② '간질환'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의

료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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

④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

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

**【 예시안내 】**

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

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

**제4조 (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.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느

하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-128 120대질병수술Ⅱ(간편건강고지)보장 특별약관 / 120대질병수술Ⅱ(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관

120대질병수술Ⅱ(간편건강고지) 및 120대질병수술Ⅱ(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관(이하 '특약'이라 합니다.)은 '질병수술1(26대질병Ⅱ)', '질병수술2(58대질병Ⅱ)', '질병수술3(24대질병)', '치핵수술', '갑상선관련질병수술' 및 '다발성10대질병수술'의 6개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '120대질병'의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 질병수술1(26대질병Ⅱ)보험금 | '26대질병Ⅱ'으로 수술을 받은 경우 | '질병수술1(26대질병Ⅱ)' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '질병수술1(26대질병Ⅱ)' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |
| 질병수술2(58대질병Ⅱ)보험금 | '58대질병Ⅱ'으로 수술을 받은 경우 | '질병수술2(58대질병Ⅱ)' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '질병수술2(58대질병Ⅱ)' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |
| 질병수술3(24대질병)보험금 | '24대질병'으로 수술을 받은 경우 | '질병수술3(24대질병)' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '질병수술3(24대질병)' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |
| 치핵수술 보험금 | '치핵'으로 수술을 받은 경우 | '치핵수술' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '치핵수술' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |
| 갑상선 관련질병 수술보험금 | '갑상선관련 질병'으로 수술을 받은 경우 | '갑상선관련질병 수술' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '갑상선관련질병 수술' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |
| 다발성 10대질병 수술보험금 | '다발성10대 질병'으로 수술을 받은 경우 | '다발성10대질병 수술' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '다발성10대질병 수술' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |

**제2조 (120대질병의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '120대질병'이라 함은 제2항에서 정한 '26대질병Ⅱ', 제3항에서 정한 '58대질병Ⅱ', 제4항에서 정한 '24대질병', 제5항에서 정한 '치핵', 제6항에서 정한 '갑상선관련질병' 및 제7항에서 정한 '다발성10대질병'을 총칭합니다.

| 구분 | | 대상질병 |
|---|---|---|
| 120대질병 | 26대질병Ⅱ | 중증근무력증, 안와장애, 유리체의 장애, 하지정맥류, 과민대장증후군, 전신결합조직장애Ⅱ, 치열 및 치루, 골수염 및 골괴사증, 뼈의 파젯병 및 뼈의기타장애, 연골병증, 신장 및 요관의 결석, 요도결석증, 다한증, 눈및부속기관의 양성종양, 수면무호흡증, 결막장애, 외이의 질환, 림프절염, 대상포진, 급성 기관지염, 급성 세기관지염, 정맥염 및 혈전정맥염, 기타 정맥의 색전증 및 혈전증, 식도정맥류, 후각특정질환Ⅱ, 유방의장애Ⅱ |
| 120대질병 | 58대질병Ⅱ | 담석증, 사타구니 탈장, 편도 및 아데노이드의 만성 질환, 만성 부비동염, 급성상기도감염, 후각특정질환, 인후부위의 특정질환, 성대결절, 근육장애, 발바닥근막성 섬유종증, 중이염, 중이 및 유돌의 질환, 내이의 질환, 황반변성, 공막·각막·홍채·섬모체의 장애, 맥락막 및 망막의 장애, 시신경 및 시각경로의 장애, 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 방광의결석, 신장 및 요관의 기타 장애, 비뇨계통의 기타 질환, 유방의장애, 특정부위의 탈장, 비감염성장염 및 결장염, 특정장질환, 복막의질환, 담낭담도질환, 척추변형, 척추병증, 추간판장애(디스크질환), 골다공증, 안면신경장애, 손목터널증후군, 단일신경병증, 특정 누적외상성질환, 윤활막 및 힘줄장애, 식도질환, 위·십이지장 질환, 어깨병변, 고혈압, 당뇨병, 용혈-요독증후군(햄버거병), 비장질환, 부갑상선질환 |

| 구분 | | 대상질병 |
|---|---|---|
| 120대질병 | 58대질병Ⅱ | 뇌하수체질환, 대사장애, 마비, 귀의 기타장애, 동맥및세동맥의 질환, 외부요인에의한폐질환, 폐부종, 특정호흡기질환, 침샘질환, 위공장궤양, 특정소화기질환, 장흡수장애, 전신결합조직장애Ⅰ |
| | 24대질병 | 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 동맥경화증, 만성 하부호흡기질환, 폐렴, 녹내장, 결핵, 신부전, 패혈증, 중추신경계통의 염증성질환(수막염), 중추신경계통의 염증성질환(뇌및척수의염증성질환),파킨슨병, 다발경화증, 자율신경계통의 장애, 대동맥류, 폐질환, 급성 췌장염, 췌장질환, 뇌전증, 뇌성마비, 수두증, 버거씨병 |
| | 치핵 | 치핵 |
| | 갑상선관련질병 | 갑상선질환, 갑상선의 양성신생물 |
| | 다발성10대질병 | 소화기계통의 양성신생물, 중이·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 골 및 관절연골의 양성신생물, 조직의 양성신생물, 생식기의 양성종양, 비뇨기관의 양성신생물, 수막의 양성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 양성신생물, 내분비선의 양성신생물, 유방의 양성종양 |

② 이 특약에서 '26대질병Ⅱ'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표24] '26대질병Ⅱ 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 '58대질병Ⅱ'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표25] '58대질병Ⅱ 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

단, ‘고혈압’ 및 ‘당뇨병’의 경우 다음의 합병증 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우도 보험금을 지급합니다.

| 구 분 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|---|
| 고혈압성 합병증 | 고혈압성 뇌병증<br>배경망막병증 및 망막혈관변화(고혈압성 망막병증)<br>제외 - 고혈압성 이외의 망막병증 및 망막혈관 변화 | I67.4<br>H35.0 |
| 당뇨병성 합병증 | 당뇨병성 단일신경병증<br>당뇨병성 다발신경병증<br>당뇨병성 백내장<br>당뇨병성 망막병증<br>당뇨병성 관절병증<br>당뇨병에서의 사구체장애 | G59.0<br>G63.2<br>H28.0<br>H36.0<br>M14.2<br>N08.3 |

④ 이 특약에서 ‘24대질병’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표26] ‘24대질병 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
단, 아래에 각 호의 질병코드를 동시에 진단받는 경우에는 제1항의 ‘24대질병’으로 진단받은 것으로 간주합니다.
가. 남성생식기관의 결핵(A18.14)과 달리 분류된 질환에서의 전립선 장애(N51.0)를 동시에 진단받은 경우
나. 남성생식기관의 결핵(A18.14)과 달리 분류된 질환에서의 고환 및 부고환의 장애(N51.1)를 동시에 진단받은 경우
다. 남성생식기관의 결핵(A18.14)과 달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 기타 장애(N51.8)를 동시에 진단받은 경우

⑤ 이 특약에서 ‘치핵’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표27] ‘치핵 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 ‘갑상선관련질병’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표28] ‘갑상선관련질병 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ 이 특약에서 ‘다발성10대질병’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표29] ‘다발성10대질병 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

⑧ ‘120대질병’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다.
다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술 및 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술의 경우에는 수술보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査)

등)

7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【 용어해설 】

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

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

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

## 제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

② 제3조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 레이저에 의한 수술의 경우, 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.

## 제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

## 제6조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 그 때부터 효력이 없습니다.

## 제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

## 제8조 (특약의 자동갱신)

<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신

계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**
갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세
⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.
⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제9조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.
② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제10조 (준용규정)**
이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-129 120대질병수술Ⅱ(추가감액)(간편건강고지)보장 특별약관 / 120대질병수술Ⅱ(추가감액)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

120대질병수술Ⅱ(추가감액)(간편건강고지) 및 120대질병수술Ⅱ(추가감액)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관(이하 '특약'이라 합니다.)은 '질병수술1(26대질병Ⅱ)(추가감액)', '질병수술2(58대질병Ⅱ)(추가감액)', '질병수술3(24대질병)(추가감액)', '치핵수술(추가감액)', '갑상선관련질병수술(추가감액)' 및 '다발성10대질병수술(추가감액)'의 6개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

**제1조 (보험금의 지급사유)**
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '120대질병'의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 90일이내 | 계약일부터 90일초과 1년 미만 | 계약일부터 1년이상 | |
| 질병수술1(26대질병Ⅱ) 보험금 | '26대질병Ⅱ'으로 수술을 받은 경우 | '질병수술1(26대질병Ⅱ)' 보장 보험가입금액의 10% 해당액 | '질병수술1(26대질병Ⅱ)' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '질병수술1(26대질병Ⅱ)' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |
| 질병수술2(58대질병Ⅱ) 보험금 | '58대질병Ⅱ'으로 수술을 받은 경우 | '질병수술2(58대질병Ⅱ)' 보장 보험가입금액의 10% 해당액 | '질병수술2(58대질병Ⅱ)' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '질병수술2(58대질병Ⅱ)' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |
| 질병수술3(24대질병) 보험금 | '24대질병'으로 수술을 받은 경우 | '질병수술3(24대질병)' 보장 보험가입금액의 10% 해당액 | '질병수술3(24대질병)' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '질병수술3(24대질병)' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |
| 치핵수술 보험금 | '치핵'으로 수술을 받은 경우 | '치핵수술' 보장 보험가입금액의 10% 해당액 | '치핵수술' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '치핵수술' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 90일이내 | 계약일부터 90일초과 1년 미만 | 계약일부터 1년이상 | |
| 치핵수술 보험금 | '치핵'으로 수술을 받은 경우 | '치핵수술' 보장 보험가입금액의 10% 해당액 | '치핵수술' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '치핵수술' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |
| 갑상선 관련질병 수술보험금 | '갑상선 관련질병'으로 수술을 받은 경우 | '갑상선관련 질병수술' 보장 보험가입금액의 10% 해당액 | '갑상선관련 질병수술' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '갑상선관련질병수술' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |
| 다발성 10대질병 수술보험금 | '다발성10대질병'으로 수술을 받은 경우 | '다발성10대 질병수술' 보장 보험가입금액의 10% 해당액 | '다발성10대 질병수술' 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | '다발성10대질병수술' 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |

**제2조 (120대질병의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '120대질병'이라 함은 제2항에서 정한 '26대질병Ⅱ', 제3항에서 정한 '58대질병Ⅱ', 제4항에서 정한 '24대질병', 제5항에서 정한 '치핵', 제6항에서 정한 '갑상선관련질병' 및 제7항에서 정한 '다발성10대질병'을 총칭합니다.

| 구분 | | 대상질병 |
|---|---|---|
| 120대 질병 | 26대 질병 II | 중증근무력증, 안와장애, 유리체의 장애, 하지정맥류, 과민대장증후군, 전신결합조직장애II, 치열 및 치루, 골수염 및 골괴사증, 뼈의 파젯병 및 뼈의기타장애, 연골병증, 신장 및 요관의 결석, 요도결석증, 다한증, 눈및부속기관의 양성종양, 수면무호흡증, 결막장애, 외이의 질환, 림프절염, 대상포진, 급성 기관지염, 급성 세기관지염, 정맥염 및 혈전정맥염, 기타 정맥의 색전증 및 혈전증, 식도정맥류, 후각특정질환II, 유방의장애II |
| 120대 질병 | 58대 질병 II | 담석증, 사타구니 탈장, 편도 및 아데노이드의 만성 질환, 만성 부비동염, 급성상기도감염, 후각특정질환, 인후부위의 특정질환, 성대결절, 근육장애, 발바닥근막성 섬유종증, 중이염, 중이 및 유돌의 질환, 내이의 질환, 황반변성, 공막·각막·홍채·섬모체의 장애, 맥락막 및 망막의 장애, 시신경 및 시각경로의 장애, 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 방광의결석, 신장 및 요관의 기타 장애, 비뇨계통의 기타 질환, 유방의장애, 특정 부위의 탈장, 비감염성장염 및 결장염, 특정장질환, 복막의질환, 담낭담도질환, 척추변형, 척추병증, 추간판장애(디스크질환), 골다공증, 안면신경장애, 손목터널증후군, 단일신경병증, 특정 누적외상성질환, 윤활막 및 힘줄장애, 식도질환, 위·십이지장 질환, 어깨병변, 고혈압, 당뇨병, 용혈-요독증후군(햄버거병), 비장질환, 부갑상선질환 |

| 구분 | | 대상질병 |
|---|---|---|
| 120대 질병 | 58대 질병 II | 뇌하수체질환, 대사장애, 마비, 귀의 기타장애, 동맥및세동맥의 질환, 외부요인에의한폐질환, 폐부종, 특정호흡기질환, 침샘질환, 위공장궤양, 특정소화기질환, 장흡수장애, 전신결합조직장애 I |
| | 24대 질병 | 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 동맥경화증, 만성 하부호흡기질환, 폐렴, 녹내장, 결핵, 신부전, 패혈증, 중추신경계통의 염증성질환(수막염), 중추신경계통의 염증성질환(뇌및척수의염증성질환),파킨슨병, 다발경화증, 자율신경계통의 장애, 대동맥류, 폐질환, 급성 췌장염, 췌장질환, 뇌전증, 뇌성마비, 수두증, 버거씨병 |
| | 치핵 | 치핵 |
| | 갑상선 관련 질병 | 갑상선질환, 갑상선의 양성신생물 |
| | 다발성 10대 질병 | 소화기계통의 양성신생물, 중이·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 골 및 관절연골의 양성신생물, 조직의 양성신생물, 생식기의 양성종양, 비뇨기관의 양성신생물, 수막의 양성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 양성신생물, 내분비선의 양성신생물, 유방의 양성종양 |

② 이 특약에서 '26대질병II'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표24] '26대질병II 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 '58대질병II'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표25] '58대질병II 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

단, '고혈압' 및 '당뇨병'의 경우 다음의 합병증 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우도 보험금을 지급합니다.

| 구 분 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|---|
| 고혈압성 합병증 | 고혈압성 뇌병증<br>배경망막병증 및 망막혈관변화(고혈압성 망막병증)<br>제외 - 고혈압성 이외의 망막병증 및 망막혈관 변화 | I67.4<br>H35.0 |
| 당뇨병성 합병증 | 당뇨병성 단일신경병증<br>당뇨병성 다발신경병증<br>당뇨병성 백내장<br>당뇨병성 망막병증<br>당뇨병성 관절병증<br>당뇨병에서의 사구체장애 | G59.0<br>G63.2<br>H28.0<br>H36.0<br>M14.2<br>N08.3 |

④ 이 특약에서 '24대질병'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표26] '24대질병 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
단, 아래에 각 호의 질병코드를 동시에 진단받는 경우에는 제1항의 '24대질병'으로 진단받은 것으로 간주합니다.
가. 남성생식기관의 결핵(A18.14)과 달리 분류된 질환에서의 전립선 장애(N51.0)를 동시에 진단받은 경우
나. 남성생식기관의 결핵(A18.14)과 달리 분류된 질환에서의 고환 및 부고환의 장애(N51.1)를 동시에 진단받은 경우
다. 남성생식기관의 결핵(A18.14)과 달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 기타 장애(N51.8)를 동시에 진단받은 경우

⑤ 이 특약에서 '치핵'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표27] '치핵 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '갑상선관련질병'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표28] '갑상선관련질병 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ 이 특약에서 '다발성10대질병'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표29] '다발성10대질병 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑧ '120대질병'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다.
다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술 및 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술의 경우에는 수술보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査)

등)

7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

**[신의료기술평가위원회]**

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

**【 예시안내 】**

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

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

### 제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

② 제3조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 레이저에 의한 수술의 경우, 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.

### 제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

### 제6조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우에는 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

### 제8조 (특약의 자동갱신)

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신

계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >
갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세
⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.
⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제9조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.
② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제10조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-130 5대기관질병수술(관혈/비관혈)(연간1회한)(간편건강고지)보장 특별약관 / 5대기관질병수술(관혈/비관혈)(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '5대기관질병'(뇌혈관질환, 심장질환, 간질환, 신장질환, 폐질환)의 치료를 직접적인 목적으로 '관혈수술'을 받은 경우에는 각각의 뇌혈관질환, 심장질환, 간질환, 신장질환, 폐질환에 대하여 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 5대기관질병관혈수술보험금 | 1.뇌혈관질환 관혈수술 보험금 | '뇌혈관질환'으로 관혈수술을 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 (연간 1회한) | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 (연간 1회한) | |
| | 2.심장질환 관혈수술 보험금 | '심장질환'으로 관혈수술을 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 (연간 1회한) | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 (연간 1회한) | |
| | 3.간질환 관혈수술 보험금 | '간질환'으로 관혈수술을 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 (연간 1회한) | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 (연간 1회한) | |

| 보험금의 종류 | | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 5대기관질병관혈수술보험금 | 4.신장질환 관혈수술 보험금 | '신장질환'으로 관혈수술을 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 (연간 1회한) | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 (연간 1회한) | |
| | 5.폐질환 관혈수술 보험금 | '폐질환'으로 관혈수술을 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 (연간 1회한) | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 (연간 1회한) | |

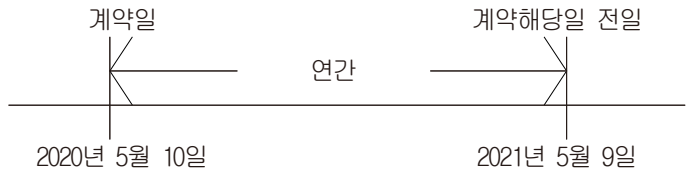
② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 '5대기관질병'(뇌혈관질환, 심장질환, 간질환, 신장질환, 폐질환)의 치료를 직접적인 목적으로 '비관혈수술'을 받은 경우에는 각각의 뇌혈관질환, 심장질환, 간질환, 신장질환, 폐질환에 대하여 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

| 보험금의 종류 | | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 5대 기관 질병 비관혈 수술 보험금 | 1.뇌혈관 질환 비관혈수술 보험금 | '뇌혈관질환'으로 비관혈수술을 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 25% 해당액 (연간 1회한) | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 (연간 1회한) | |
| | 2.심장질환 비관혈수술 보험금 | '심장질환'으로 비관혈수술을 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 25% 해당액 (연간 1회한) | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 (연간 1회한) | |
| | 3.간질환 비관혈수술 보험금 | '간질환'으로 비관혈수술을 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 25% 해당액 (연간 1회한) | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 (연간 1회한) | |
| | 4.신장질환 비관혈수술 보험금 | '신장질환'으로 비관혈수술을 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 25% 해당액 (연간 1회한) | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 (연간 1회한) | |
| | 5.폐질환 비관혈수술 보험금 | '폐질환'으로 비관혈수술을 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 25% 해당액 (연간 1회한) | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 (연간 1회한) | |

③ 제1항과 제2항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >




**제2조 (5대기관질병 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '5대기관질병'이라 함은 제2항에서 정한 '뇌혈관질환', '심장질환', '간질환', '신장질환' 및 '폐질환'을 총칭합니다.

② 이 특약에서 '5대기관질병'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표32] '5대기관질병 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

③ '5대기관질병'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

④ 이 특약에서 '관혈수술'이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말하며, '대뇌내시경', '복강경하수술', '흉강경하수술'은 관혈수술에 준하여 보상합니다.

⑤ 이 특약에서 '비관혈수술'이라함은 내시경수술, 카테터(도관)수술, 신의료비관혈수술을 말합니다.

1. '내시경수술'이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 치료행위를 말합니다.
   다만, '대뇌내시경', '복강경하수술', '흉강경하수술'은 제

외합니다.

2. '카테터(도관)수술' 이라 함은 인체의 일부(주로혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다.
   다만, 수술에 해당하지 않는 '도관을 이용한 약물주입' 과 '중심정맥관 삽입술' 은 제외합니다.
3. '신의료비관혈수술' 이라 함은 관혈수술 이외의 수술에 해당하며 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말합니다.
   다만, 수술에 해당하지 않는 '도관을 이용한 약물주입' 과 '중심정맥관 삽입술' 은 제외합니다.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술' 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사' 라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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

④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

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

**【 예시안내 】**

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

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

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 회사는 피보험자가 1회의 수술 중 관혈수술과 비관혈수술을 동시에 받은 경우에는 관혈수술보험금만 지급합니다.
다만, 해당 비관혈수술을 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 '연간' 에 추가로 받은 경우에는 비관혈수술보험금을 지급합니다.

② 제1항의 경우, 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 '연간' 에 이미 관혈수술보험금이 지급된 경우에는 비관혈수술보험금을 지급하며, 해당 '연간' 에 비관혈수술보험금도 지급된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에

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

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제9조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

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

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제10조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-131 다발성질병수술(3대질병)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '3대질병'의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | |
|---|---|---|---|
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 |
| 다발성질병수술(3대질병)보험금 | '3대질병'으로 수술을 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |

**제2조 (3대질병의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '3대질병'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표40] '3대질병 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② '3대질병'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다.
다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술 및 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술의 경우에는 수술보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【 용어해설 】

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

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>
· 체외 충격파 쇄석술
· 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
· 절개 또는 배농술
· 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
· 전기소작술
· IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

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

② 제3조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 레이저에 의한 수술의 경우, 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의규정은 제외합니다.

## 2-132 다발성질병수술(3대질병)(추가감액)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '3대질병'의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약',

'이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 계약일부터 90일이내 | 계약일부터 90일초과 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 |
| 다발성질병 수술 (3대질병) 보험금 | '3대질병'으로 수술을 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 10% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |

**제2조 (3대질병의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '3대질병' 이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표40] '3대질병 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다.

② '3대질병' 의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술' 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사' 라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

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

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

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다.
다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술 및 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술의 경우에는 수술보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

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

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>
· 체외 충격파 쇄석술
· 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
· 절개 또는 배농술
· 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
· 전기소작술
· IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

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

② 제3조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 레이저에 의한 수술의 경우, 레이저에 의한 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의규정은 제외합니다.

## 2-133 암직접치료통원일당(상급종합병원)(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항에서 정한 보장개시일 이후 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'으로 진단확정되고, 그 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'의 직접치료를 목적으로 상급종합병원에 통원한 경우에는 통원 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)
다만, 통원급여금의 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 암 직접치료 통원급여금 (상급종합병원) | '암'( '유사암' 제외)의 직접치료를 목적으로 상급종합병원에 통원치료를 한 경우 | 통원 1회당 이 특약의 보험가입금액 |
| 2. 유사암 직접치료 통원급여금 (상급종합병원) | '기타피부암'의 직접치료를 목적으로 상급종합병원에 통원치료를 한 경우 | |
| | '갑상선암'의 직접치료를 목적으로 상급종합병원에 통원치료를 한 경우 | |
| | '제자리암'의 직접치료를 목적으로 상급종합병원에 통원치료를 한 경우 | |
| | '경계성종양'의 직접치료를 목적으로 상급종합병원에 통원치료를 한 경우 | |

**제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

③ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 '제자리암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '경계성종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

**【 예시안내 】**

**< '제7항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

· ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
· ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
· ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (암(유사암제외) 및 유사암의 직접치료의 정의)**

① 이 특약에서 ‘암’( ‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 직접치료라 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 제1항의 ‘암’( ‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 직접치료에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등도 포함됩니다.

③ 제1항의 ‘암’( ‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 직접치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

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

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 ‘암’( ‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 직접치료로 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

**제4조 (상급종합병원의 정의)**

이 특약에서 ‘상급종합병원’이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【 관련법규 】

**< 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 요건 >**

- 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함
- 의료법 제77조(전문의) 제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관이어야 함
- 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어야 함
- 질병군별 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하여야 함

**제5조 (통원의 정의와 장소)**

이 특약에서 '통원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 암통원급여금의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 '암(유사암제외) 및 유사암의 직접치료를 목적으로 한 통원'이란 의사에 의해 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 '암'( '유사암' 제외) 및 '유사암'의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

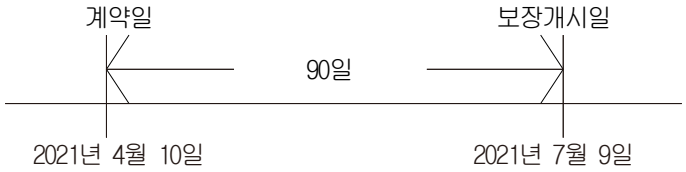
③ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

④ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 암통원급여금을 지급합니다.

⑤ 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
다만, '유사암'에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 관계없이 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

**< '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 >**




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

**제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제8조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'( '유사암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제9조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제9조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

**제11조 보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'( '유사암' 제외)에 대하여 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제12조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-134 암직접치료통원일당(종합병원)(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항에서 정한 보장개시일 이후 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'으로 진단확정되고, 그 '암'( '유사암' 제외) 또는 '유사암'의 직접치료를 목적으로 종합병원에 통원한 경우에는 통원 1

회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)
다만, 통원급여금의 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 암 직접치료 통원급여금 (종합병원) | '암'('유사암' 제외)의 직접치료를 목적으로 종합병원에 통원치료를 한 경우 | 통원 1회당 이 특약의 보험가입금액 |
| 2. 유사암 직접치료 통원급여금 (종합병원) | '기타피부암'의 직접치료를 목적으로 종합병원에 통원치료를 한 경우 | |
| | '갑상선암'의 직접치료를 목적으로 종합병원에 통원치료를 한 경우 | |
| | '제자리암'의 직접치료를 목적으로 종합병원에 통원치료를 한 경우 | |
| | '경계성종양'의 직접치료를 목적으로 종합병원에 통원치료를 한 경우 | |

**제2조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

③ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 '제자리암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '경계성종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【 예시안내 】**

**< '제7항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

· ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
· ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
· ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (암(유사암제외) 및 유사암의 직접치료의 정의)**

① 이 특약에서 ‘암’( ‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 직접치료라 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 제1항의 ‘암’( ‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 직접치료에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등도 포함됩니다.

③ 제1항의 ‘암’( ‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 직접치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 ‘암’( ‘유사암’ 제외) 및 ‘유사암’의 직접치료로 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

**제4조 (종합병원의 정의)**

이 특약에서 ‘종합병원’이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원 지정)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【 관련법규 】

< 의료법 제3조의3(종합병원 지정)에 따른 종합병원 요건 >

- 100개 이상의 병상을 갖추어야 함
- 100병상 이상 300병상 이하인 경우 내과 · 외과 · 소아청소년과 · 산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 상기의 진료과목에 대해서는 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함

**제5조 (통원의 정의와 장소)**

이 특약에서 '통원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)의 종합병원 암통원급여금의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 '암(유사암제외) 및 유사암의 직접치료를 목적으로 한 통원'이란 의사에 의해 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

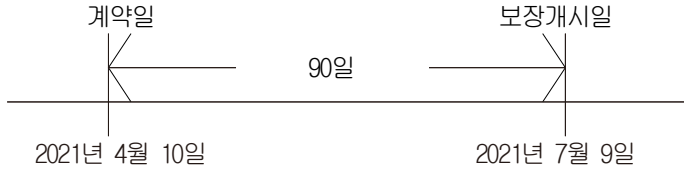
③ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

④ 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조(종합병원의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 암통원급여금을 지급합니다.

⑤ 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암'('유사암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
다만, '유사암'에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 관계없이 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

< '암'('유사암' 제외)에 대한 보장개시일 >




⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제8조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'( '유사암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제9조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제9조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제11조 보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'( '유사암' 제외)에 대하여 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제12조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-135 보험료납입지원(유사암진단(양성뇌종양포함))(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (특별약관의 보험기간)**

이 특별약관의 보험기간은 기본계약의 보험료납입기간과 동일합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

**제2조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 '유사암(양성뇌종양포함)'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

단, 보험료 납입지원금은 제2항 및 제3항에서 정한 보험료 납입지원기간동안 매년 보험료 납입지원금 지급사유 발생해당일(지급사유 발생일 포함)에 지급합니다.

단, 해당년도의 보험료납입지원금 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 발생해당일의 전일을 지급사유 발생해당일로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 보험료 납입 지원금 | '유사암(양성뇌종양포함)'으로 진단확정된 경우 | 이 특약의 가입금액주)의 12배를 보험료 납입지원기간 동안 매년 확정 지급 + 이 특약의 가입금액주) × 보험료 납입지원 잔여기간(월) |

주) 보험료납입지원금 지급사유 발생일 당시 가입금액이며, 계약내용이 변경되는 경우 가입금액은 변경될 수 있습니다.

② 이 특약에서 '보험료 납입지원기간'이라 함은 제1항의 보험금의 지급사유 발생일부터 이 특약의 보험기간 종료일 이전까지의 연단위 기간을 말합니다.

단, 연단위 미만의 끝수는 버립니다.

③ 이 특약에서 '보험료 납입지원 잔여기간(월)'이라 함은 제2항에서 정한 '보험료 납입지원기간'이 끝난 날의 다음 날부터 이 특약의 보험기간 종료일 이전까지 월단위 기간을 말합니다.

단, 월단위 미만의 끝수는 올립니다.

**【 예시안내 】**

**< 보험금 지급 예시 >**

2022년 1월 1일 계약체결 후, 2026년 6월 10일 기타피부암진단 발생시(20년만기 전기납, 사고당시 가입금액 10만원 기준)

□ 잔여보험기간
= 2026년 6월 10일 ~ 2041년 12월 31일
= 15년 6개월 22일

1) 보험료납입지원기간(연) = 15년 (연단위 미만 버림)
= 2026년 6월 10일 ~ 2041년 6월 09일
2) 보험료납입지원잔여기간(월) = 7개월 (월단위 미만 올림)
= 2041년 6월 10일 ~ 2041년 12월 31일

**보험료 납입지원금 :**

1) 1,800만원 지급(보험료 납입지원기간(15년) 동안 매년 120만원(12 × 10만원))
2) 70만원 지급(보험료 납입지원 잔여기간(7개월) × 10만원)

**제3조 (유사암(양성뇌종양포함)의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '유사암(양성뇌종양포함)'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표77] '유사암(양성뇌종양포함) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② '유사암(양성뇌종양포함)'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '유사암(양성뇌종양포함)'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '유사암

(양성뇌종양포함)’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

**< ‘제2항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

· ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

· ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

· ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

④ 제2항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기

관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제7조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험료납입지원금은 보험수익자의 요청에 의하여 평균공시이율로 할인된 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

① 피보험자에게 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 보험료 납입지원금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항 이외에도 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제) 제1항에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
단, 납입면제에 관한 세부규정은 보통약관 제10조(납입면제에 관한 세부규정)을 준용합니다.

③ 제1항 및 제2항 이외에도 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-136 질병MRI검사지원비(연간1회한,급여)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 '급여 질병MRI검사'에 해당하는 '의료행위'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급 합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

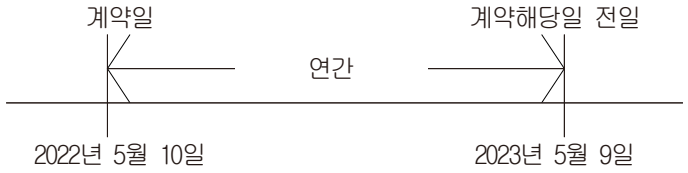
| 보험금의 종류 | | 지급금액 | |
|---|---|---|---|
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 |
| 질병 MRI검사비 | 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 '급여 질병MRI검사'에 해당하는 의료행위를 받은 경우 | 이 특약 보험가입 금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |

② 제1항의 '의료행위'라 함은 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드를 말합니다.

③ 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >




**제2조 (급여 질병MRI검사의 정의)**

① 이 특약에서 '급여 질병MRI검사'라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 자기공명영상(MRI)을 촬영하는 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 '급여 질병MRI검사'는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 '급여 질병MRI검사' 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '급여 질병MRI검사'에 준하여 수가코드를 결정합니다.

④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 '급여 질병MRI검사' 외에 '급여 질병MRI검사'에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

【 용어해설】

**<자기공명영상진단(MRI)>**

강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서 : 진료비세부내역서('건강보험심사평가원 진료 수가코드(EDI)' 필수 기재), 진료기록부, 진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명

사실확인서 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 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-137 질병CT검사지원비(연간1회한,급여)(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 '급여 질병CT검사'에 해당하는 '의료행위'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급 합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

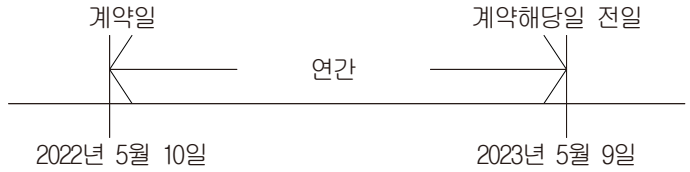
| 보험금의 종류 | | 지급금액 | |
|---|---|---|---|
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 |
| 질병 CT검사비 | 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 '급여 질병CT검사'에 해당하는 의료행위를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |

② 제1항의 '의료행위'라 함은 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드를 말합니다.

③ 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >




**제2조 (급여 질병CT검사의 정의)**

① 이 특약에서 '급여 질병CT검사'라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 전산화단층영상진단(CT)을 촬영하는 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 ‘급여 질병CT검사’는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 ‘급여 질병CT검사’ 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 ‘급여 질병CT검사’에 준하여 수가코드를 결정합니다.

④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 ‘급여 질병CT검사’ 외에 ‘급여 질병CT검사’에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

**【 용어해설】**

**<전산화단층영상진단(CT)>**
X선을 이용하여 인체의 횡단면상의 영상을 획득하여 진단에 이용하는 검사

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서 : 진료비세부내역서(‘건강보험심사평가원 진료 수가코드(EDI)’ 필수 기재), 진료기록부, 진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명 사실확인서 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 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-138 질병재활치료(연간15회한,급여)(간편건강고지) 보장 특별약관 / 질병재활치료(연간15회한,급여)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원에 입원중에 '급여 재활치료'(이하 '입원 급여 재활치료'라 합니다.)를 받은 경우 또는 통원하여 '급여 재활치료'(이하 '외래 급여 재활치료'라 합니다.)를 받은 경우에는 각각 1일 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년미만 | 계약일부터 1년이상 | |
| 질병재활치료(급여)보험금 | 질병으로 입원 또는 통원하여 '급여 재활치료'를 받은 경우 | 이 특약의 보험가입금액의 50% (연간 15회한) (1일 1회한) | 이 특약의 보험가입금액의 100% (연간 15회한) (1일 1회한) | |

② 제1항의 질병활치료(급여)보험금은 연간 발생한 '입원 급여 재활치료'와 '외래 급여 재활치료' 횟수를 합산하여 연간 최대 15회 한도로 지급합니다.

③ 제2항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >

제2조 (재활치료 등의 정의)

① 이 특약에서 '재활치료'라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 전문재활인력이 진단, 평가 및 치료하여 신체적, 심리적, 사회적 상태를 최적의 수준으로 향상 및 유지하고 추후 발생할 수 있는 장기적 장애를 최소화시키는 과정을 말합니다.

② 이 특약에서 '급여 재활치료'라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류항목 중 제7장 이학요법료에 해당하는 의료행위를 말합니다.
단, 고빌리루빈혈증에 대한 광선요법(MM350)은 '급여 재활치료'에 해당하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 계약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 및 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '급여 재활치료'에 준하여 '급여 재활치료'를 결정합니다.

④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제2항에서

정한 ‘급여 재활치료’ 외에 ‘급여 재활치료’에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 제2항의 「국민건강보험법」 및 「의료급여법」 적용 여부는 최종 적용된 법규 기준으로 판단합니다.

**제3조 (입원 및 통원의 정의)**

① 이 특약에서 ‘입원’이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**【 유의사항 】**

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우>

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미

· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함

· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특약에서 ‘통원’이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 다음 각 호의 경우에는 ‘입원 급여 재활치료’와 ‘외래 급여 재활치료’ 각각에 대해 1일 1회에 한하여 보장합니다.

1. 피보험자가 동일한 날에 ‘입원 급여 재활치료’를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 ‘외래 급여 재활치료’를 받은 경우
2. 피보험자가 동일한 날에 ‘외래 급여 재활치료’를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 ‘입원 급여 재활치료’를 받은 경우

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병
2. 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병

**제6조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서( “건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)” 필수 기재), 진단서, 진료비계산서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

**제7조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제9조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

**< 예시 : 48세의 피보험자가 5년만기로 80세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 53세, 58세 ~ 73세, 78세

⇒ 78세 갱신시점에서는 80세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 5년보다 짧아 5년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제10조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제11조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-139 암주요치료비Ⅱ(연간1회한,진단후5년)(간편건강고지)보장 특별약관 / 2-140 암주요치료비Ⅱ(연간1회한,진단후5년)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

암주요치료비Ⅱ(연간1회한,진단후5년)(간편건강고지)보장 특별약관의 보장은 아래와 같이 구성되어 있습니다.
- 암치료급여금(기타피부암및갑상선암제외)(간편건강고지)보장
- 기타피부암및갑상선암치료급여금(간편건강고지)보장
- 암치료비지원금(1천만원이상,종합병원)(간편건강고지)보장
- 암치료비지원금(5백만원이상1천만원미만,종합병원)(간편건강고지)보장
- 암치료비지원금(1억1천만원이상,종합병원)(간편건강고지)보장

암주요치료비Ⅱ(연간1회한,진단후5년)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관의 보장은 아래와 같이 구성되어 있습니다.
- 암치료급여금(기타피부암및갑상선암제외)(간편건강고지)(갱신형)보장
- 기타피부암및갑상선암치료급여금(간편건강고지)(갱신형)보장
- 암치료비지원금(1천만원이상,종합병원)(간편건강고지)(갱신형)보장
- 암치료비지원금(5백만원이상1천만원미만,종합병원)(간편건강고지)(갱신형)보장
- 암치료비지원금(1억1천만원이상,종합병원)(간편건강고지)(갱신형)보장

## 2-139-1. 암치료급여금(기타피부암및갑상선암제외)(간편건강고지)보장
## 2-140-1. 암치료급여금(기타피부암및갑상선암제외)(간편건강고지)(갱신형)보장

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 최초 진단확정 되고, '보험금지급기간' 이내에 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 암 주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 암치료급여금('기타피부암', '갑상선암' 제외)은 최초 진단확정일로부터 최대 5년간, 연간 1회를 한도로 지급(최대 5회 지급) 합니다.

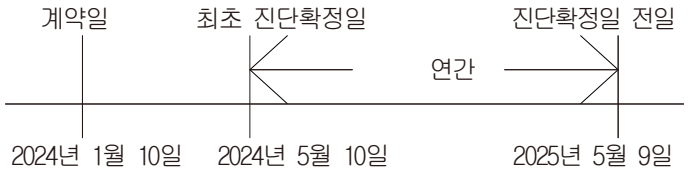
| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 암치료급여금(기타피부암및갑상선암제외 | '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 암 주요치료를 받은 경우(단, 최초 진단확정일로부터 최대 5년간 연간 1회한도(최대5회 지급)) | 이 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |

② 제1항에서 보험금 지급기간이라 함은 암('기타피부암', '갑상선암' 제외) 최초 진단확정일로부터 5년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

③ 제1항에서 연간 이라 함은 암( '기타피부암', '갑상선암' 제외) 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 '매년 진단확정일' 이라 합니다)의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단확정일로 합니다.

【 예시안내 】

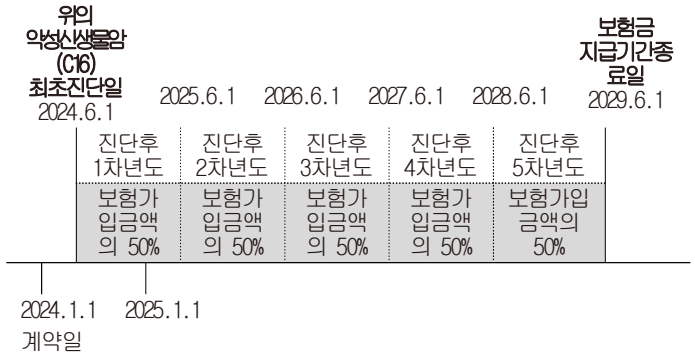
< 연간에 대한 예시 >




【 예시안내 】

**< 암 치료급여금( '기타피부암', '갑상선암' 제외) 지급금액 예시 >**

① 보험계약일로부터 1년이내에 '암'( '기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 최초 진단 확정된 경우 : **보험금 지급기간동안 암주요치료를 받은 경우 가입금액의 50% 지급**




※ 2024년 6월 1일 위의 악성신생물암(C16) 최초 진단 이후에 위의 악성신생물암(C16) 이외의 암( '기타피부암', '갑상선암' 제외)을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2024년 6월 1일로부터 5년입니다.

② 보험계약일로부터 1년이후에 암( '기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 최초 진단 확정된 경우 : **보험금 지급기간동안 암주요치료를 받은 경우 가입금액의 100% 지급**

**제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)**

① 이 보장에서 '암' 이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표' 에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 보장에서 '기타피부암' 이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병

을 말합니다.

③ 이 보장에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ '암', '기타피부암' 및 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암' 및 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암', '기타피부암' 및 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【 예시안내 】**

**< '제4항에 따른 진단방법이 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

**【 유의사항 】**

한국표준질병사인분류 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>

· '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

· '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

· '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑥ 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (암 주요치료의 정의)**

① 이 보장에서 '암 주요치료'라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료를 말합니다.

② '암 주요치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제
5. 제1호 내지 제4호 이외의 '암 주요치료'에 해당되지 않는 비용(진찰료,입원료,마취료,검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 '암 주요치료'로 봅니다.

**【 관련법규】**

**< 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호 >**

3. '말기환자'란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

**제4조 (암수술 등의 정의)**

① 이 보장에서 '암수술'이라 함은 암('기타피부암', '갑상선암' 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 '수술'을 받는 것을 말합니다.

② 제1항의 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

**< 신의료기술평가위원회 >**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**【 예시안내 】**

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**

· 체외 충격파 쇄석술
· 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
· 절개 또는 배농술
· 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
· 전기소작술
· IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

⑥ 제1항 내지 제4항의 '수술'은 '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제외합니다.

**제5조 (항암약물치료의 정의)**

이 보장에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

**제6조 (항암방사선치료의 정의)**

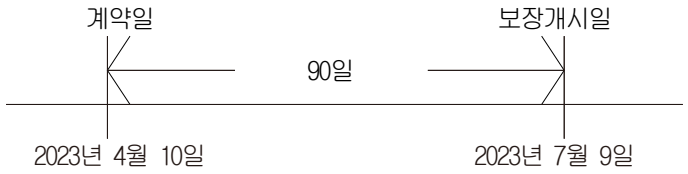
이 보장에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

**제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 이 보장에서 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일 >




② 제1항에도 불구하고 제12조(보장의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 암('기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도 '보험금 지급기간'이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암치료급여금을 보장합니다.

④ 회사는 피보험자가 암 주요치료(암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 암치료급여금만 지급합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【 관련법규】

**※ 의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의3(종합병원)의 규정에 의한 종합병원**

: 100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘것

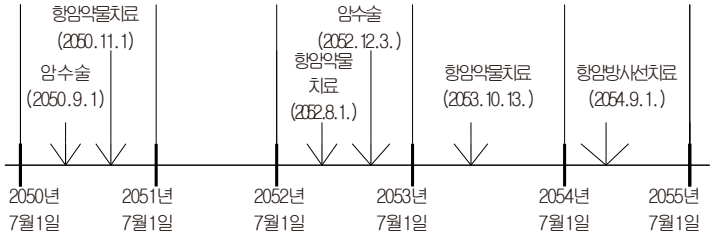
【 예시안내 】

**< 암치료급여금( '기타피부암' , '갑상선암' 제외) 지급금액 예시 >**

· 보험가입금액 1,000만원 기준, 30년만기
· 계약일 : 2024년 7월 1일
· 위의 악성신생물(C16) 최초진단 확정일 : 2050.7월 1일
· 소장의 악성신생물(C17) 최초진단 확정일 : 2052.8월 1일

- 암 최초진단 후 암주요치료 시, 지급금액 예시

| 진단 후 1차년도 | 진단 후 2차년도 | 진단 후 3차년도 | 진단 후 4차년도 | 진단 후 5차년도 |
|---|---|---|---|---|
| 암수술(C16) 1,000만원 지급 | - | 항암약물치료(C16) 1,000만원 지급 | 항암약물치료(C17) 1,000만원 지급 | 항암방사선치료(C17) 1,000만원 지급 |
| 항암약물치료(C16) 지급 X (연간1회한도 초과) | - | 암수술(C17) 지급 X (연간1회한도 초과) | - | - |




※ 2050년 7월1일 위의 악성신생물(C16) 최초 진단 이후 위의 악성신생물(C16) 이외의 암( '기타피부암' , '갑상선암' 제외)을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2050년 7월1일로부터 5년입니다.

**제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제9조 (보장의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 보장의 계약일부터 '암' ( '기타피부암' , '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암' (기타피부암' , '갑상선암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제10조 (보장의 소멸)**

피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 따라 암( '기타피부암' , '갑상선암' 제외)으로 최초 진단 확정 받고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보험금 지급기간이 경과하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제11조 (제2회 이후 보장 보험료의 납입)**

① 이 보장의 제2회 이후 보장보험료의 납입은 보통약관 제36조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 암( '기타피부암' , '갑상선암' 제외)으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후부터 이 보장의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

**제12조 (보장의 자동갱신)**

**<이 특별약관의 보장을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 보장의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약' 이라 합니다)의 보험료 및

계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 보장의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 보장을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.

다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.

다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

⑧ 제1항 내지 제7항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 암( '기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

## 제13조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제10조(보장의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

## 제14조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'( '기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대하여 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종

전 모든 부활 청약 포함) 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제15조 (준용규정)**

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-139-2. 기타피부암및갑상선암치료급여금(간편건강고지)보장
## 2-140-2. 기타피부암및갑상선암치료급여금(간편건강고지)(갱신형)보장

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중 '기타피부암' 및 '갑상선암' 으로 최초 진단확정 되고, '보험금 지급기간' 이내에 '기타피부암' 및 '갑상선암' 으로 암 주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 기타피부암 및 갑상선암 치료급여금 은 최초 진단확정일로부터 최대 5년간, 연간 1회를 한도로 지급(최대 5회 지급)합니다.

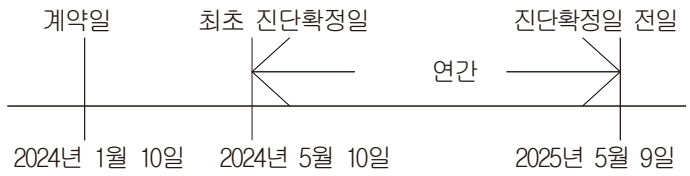
| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 기타피부암 및 갑상선암 치료급여금 | '기타피부암' 및 '갑상선암' 으로 암 주요치료를 받은 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 5년간 연간 1회한도(최대5회 지급)) | 이 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |

② 제1항에서 보험금 지급기간이라 함은 '기타피부암', '갑상선암' 최초 진단확정일로부터 5년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

③ 제1항에서 연간 이라 함은 '기타피부암' 및 '갑상선암' 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 매년 진단확정일이라 합니다)의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단확정일로 합니다.

【 예시안내 】

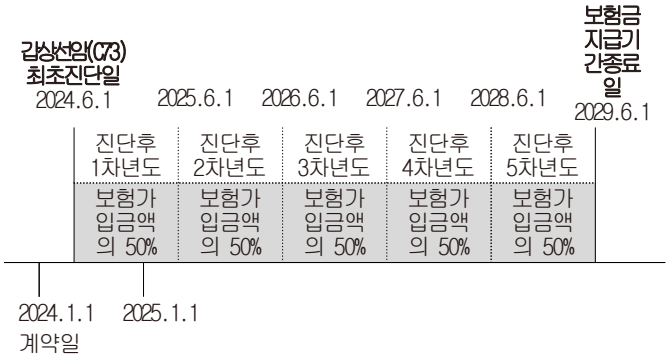
< 연간에 대한 예시 >



【 예시안내 】

**< 기타피부암 및 갑상선암 치료급여금 지급금액 예시 >**

① 보험계약일로부터 1년이내에 '기타피부암' 및 '갑상선암'으로 최초 진단 확정된 경우 : **보험금 지급기간동안 암주요치료를 받은 경우 가입금액의 50% 지급**




※ 2024년 6월 1일 갑상선암(C73) 최초 진단 이후에 갑상선암(C73) 이외의 기타피부암 및 갑상선암을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2024년 6월 1일로부터 5년입니다.

② 보험계약일로부터 1년이후에 '기타피부암' 및 '갑상선암'으로 최초 진단 확정된 경우 : **보험금 지급기간동안 암주요치료를 받은 경우 가입금액의 100% 지급**

**제2조 (기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)**

① 이 보장에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병 중 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 보장에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병 중 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ '기타피부암' 및 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '기타피부암' 및 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '기타피부암' 및 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

**<'제3항에 따른 진단방법이 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

**【 유의사항 】**

한국표준질병사인분류 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>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑤ 제3항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (암 주요치료의 정의)**

① 이 보장에서 '암 주요치료'라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료를 말합니다.

② '암 주요치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제
5. 제1호 내지 제4호 이외의 '암 주요치료'에 해당되지 않는 비용(진찰료,입원료,마취료,검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 '암 주요치료'로 봅니다.

**【 관련법류】**

**< 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호>**

3. '말기환자'란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

**제4조 (암수술 등의 정의)**

① 이 보장에서 '암수술'이라 함은 기타피부암 및 갑상선암의 치료를 직접적인 목적으로 '수술'을 받는 것을 말합니다.

② 제1항의 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

**< 신의료기술평가위원회 >**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**【 예시안내 】**

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

⑥ 제1항 내지 제4항의 '수술'은 '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제외합니다.

**제5조 (항암약물치료의 정의)**

이 보장에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

**제6조 (항암방사선치료의 정의)**

이 보장에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

**제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 보험기간 중에 기타피부암 및 갑상선암으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도 '보험금 지급기간'이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 기타피부암 및 갑상선암 치료급여금을 보장합니다.

② 회사는 피보험자가 암 주요치료(암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 기타피부암 및 갑상선암 치료급여금만 지급합니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【 관련법규】

※ 의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의3(종합병원)의 규정에 의한 종합병원

: 100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘것

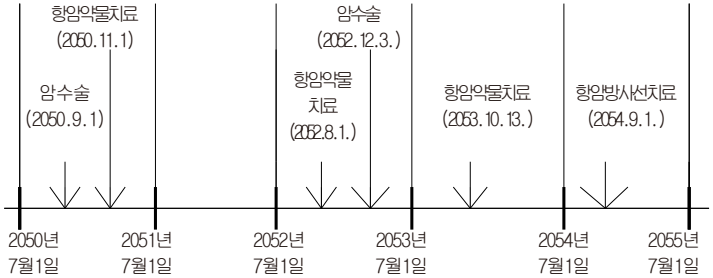
【 예시안내 】

< 기타피부암 및 갑상선암 치료급여금 지급금액 예시 >

· 보험가입금액 200만원 기준, 30년만기
· 계약일 : 2024년 7월 1일
· 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2050.7월 1일
· 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2052.8월 1일

- 기타피부암 및 갑상선암 최초진단 후 암주요치료 시, 지급금액 예시

| 진단 후 1차년도 | 진단 후 2차년도 | 진단 후 3차년도 | 진단 후 4차년도 | 진단 후 5차년도 |
|---|---|---|---|---|
| 암수술(C73) 200만원 지급 | - | 항암약물치료(C73) 200만원 지급 | 항암약물치료(C44) 200만원 지급 | 항암방사선치료(C44) 200만원 지급 |
| 항암약물치료(C73) 지급 X (연간1회한도 초과) | - | 암수술(C44) 지급 X (연간1회한도 초과) | - | - |




※ 2050년 7월1일 갑상선암(C73) 최초 진단 이후 갑상선암(C73) 이외의 기타피부암 및 갑상선암을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2050년 7월1일로부터 5년입니다.

**제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제9조 (보장의 무효)**

이 보장의 무효는 보통약관 제31조(계약의 무효)를 따릅니다.

**제10조 (보장의 소멸)**

피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 기타피부암 및 갑상선암으로 최초 진단 확정 받고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보험금 지급기간이 경과하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제11조 (제2회 이후 보장 보험료의 납입)**

① 이 보장의 제2회 이후 보장보험료의 납입은 보통약관 제36조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 기타피부암 및 갑상선암으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후부터 이 보장의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

**제12조 (보장의 자동갱신)**

**<이 특별약관의 보장을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 보장의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 보장의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 보장을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신 계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

⑧ 제1항 내지 제7항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 기타피부암 및 갑상선암으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

**제13조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제10조(보장의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로

합니다.

**제14조 (준용규정)**

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-139-3. 암치료비지원금(1천만원이상,종합병원)(간편건강고지)보장
## 2-140-3. 암치료비지원금(1천만원이상,종합병원)(간편건강고지)(갱신형)보장

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항 및 제4항에서 정한 보장개시일 이후 '암'으로 최초 진단확정 되고, '보험금 지급기간' 이내에 종합병원에서 '암'으로 암 주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받아 '연간 암주요치료비 총액'이 1천만원 이상인 경우 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 암치료비지원금은 최초 진단확정일로부터 최대 5년간, 연간 1회를 한도로 지급(최대 5회 지급) 합니다.

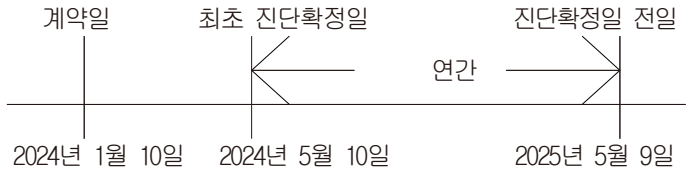
| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| 암 치료비 지원금 | 종합병원에서 암주요치료를 받아 '연간 암주요치료비 총액'이 1천만원 이상인 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 5년간 연간 1회한도(최대5회)) | 연간 암주요 치료비 총액 | 구간별 지급금액 | 총 지급금액 (구간별 지급액 합계) |
| | | 1천만원 이상 | 암주요 치료비총액에 따라, 각 구간별 이 보장 보험가입금액의 100% | 이 보장 보험가입금액의 100% |
| | | 2천만원 이상 | | 이 보장 보험가입금액의 200% |
| | | 3천만원 이상 | | 이 보장 보험가입금액의 300% |
| | | 4천만원 이상 | | 이 보장 보험가입금액의 400% |
| | | 5천만원 이상 | | 이 보장 보험가입금액의 500% |
| | | 6천만원 이상 | | 이 보장 보험가입금액의 600% |
| | | 7천만원 이상 | | 이 보장 보험가입금액의 700% |
| | | 8천만원 이상 | | 이 보장 보험가입금액의 800% |
| | | 9천만원 이상 | | 이 보장 보험가입금액의 900% |
| | | 1억원 이상 | | 이 보장 보험가입금액의 1,000% |

② 제1항에서 보험금 지급기간이라 함은 암 최초 진단확정일로부터 5년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

③ 제1항에서 연간 이라 함은 '암' 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 '매년 진단확정일'이라 합니다)의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단확정일로 합니다.

【 예시안내 】

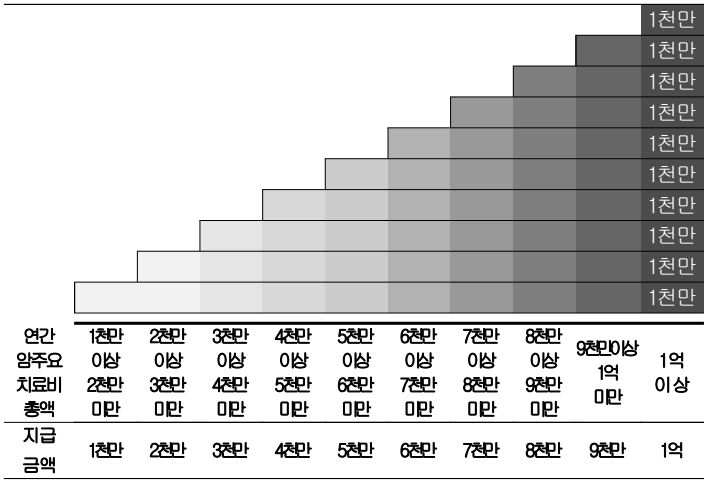
< 연간에 대한 예시 >




【 예시안내 】

< 암치료비지원금 지급금액 예시, 보험가입금액 1,000만원 기준>

| 연간 암주요치료비 총액 | 1,000만 이상 | 2,000만 이상 | 3,000만 이상 | 4,000만 이상 | 5,000만 이상 |
|---|---|---|---|---|---|
| 구간별 지급금액 | 1,000만 | 1,000만 | 1,000만 | 1,000만 | 1,000만 |
| 총 지급금액 | 1,000만 | 2,000만 | 3,000만 | 4,000만 | 5,000만 |
| 연간 암주요치료비 총액 | 6,000만 이상 | 7,000만 이상 | 8,000만 이상 | 9,000만 이상 | 10,000만이상 |
| 구간별 지급금액 | 1,000만 | 1,000만 | 1,000만 | 1,000만 | 1,000만 |
| 총 지급금액 | 6,000만 | 7,000만 | 8,000만 | 9,000만 | 10,000만 |




○ 암진단 1차년도에 본인부담금 6,500만원 발생시

☞ 암치료비지원금 6,000만원 지급 (각 연간 암주요치료비 총액 구간별 가입금액 합산)

**제2조 (암의 정의 및 진단확정)**

① 이 보장에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② '암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【 예시안내 】**

**< '제2항에 따른 진단방법이 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

**【 유의사항 】**

한국표준질병사인분류 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>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

④ 제2항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (암 주요치료의 정의)**

① 이 보장에서 '암 주요치료'라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료를 말합니다.

② '암 주요치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제
5. 제1호 내지 제4호 이외의 '암 주요치료'에 해당되지 않는 비용 (진찰료,입원료,마취료,검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 '암 주요치료'로 봅니다.

**【 관련법규】**

**< 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호>**

3. '말기환자'란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

**제4조 (암주요치료비 등의 정의)**

① 보장에서 '암주요치료비'라 함은 제3조(암주요치료의 정의)에 따른 암주요치료를 받고 해당 치료로 인해 발생한 비용 중 국민건강보험법에서 정한 요양급여 및 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금에 해당하는 금액(이하 '급여의료비 본인부담금'이라 합니다)과 비급여 금액(이하 '비급여의료비 본인부담금'이라 합니다)의 합계액을 말합니다.

**【 용어해설 】**

**< 급여 >**

국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차에 따라 급여항목이 발생한 경우로 국민건강보험 공단부담금 및 본인부담금을 합한 금액을 말합니다.

**< 본인부담금 >**

본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.

**< 비급여 >**

국민건강보험법 또는 의료급여법에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험법 또는 의료급여법에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

② 제1항에서 '암주요치료비'는 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에서 행한 의료행위로 인하여 발생한 금액에 한합니다.

③ 제1항의 '암주요치료비' 중 암수술치료비는 암수술로 인해 발생하는 비용으로 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용을 말합니다.

④ 제1항의 '암주요치료비' 중 항암약물치료비는 항암약물치료로 인해 발생한 비용으로 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 항암제 범위에서 제외됩니다.

⑤ 제1항의 '암주요치료비' 중 항암방사선치료비는 항암방사선치료로 인해 발생한 비용으로 진료비 세부 내역서의 방사선치료료를 말합니다. 방사선치료료에는 방사선 모의치료, 방사선 치료계획, 방사선 치료가 포함됩니다.

**【 진료비 세부 내역서】**

진료비 세부 내역서란 병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

⑥ 제3항내지 제5항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료로 인해 호스피스완화의료(정액수가)가 발생한 경우 호스피스완화의료(정액수가)를 제1항의 '암주요치료비'에 포함합니다.

⑦ 제1항의 '급여의료비 본인부담금' 및 '비급여의료비 본인부담금'은 아래의 사유로 감면 받은 경우도 감면 전 본인부담금을 기준으로 합니다.

1. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나(다만, 제도 등에 따른 의료비 감면으로 감면 전 금액을 확인할 수 없는 경우에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 합니다.) 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)
2. 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우
3. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
4. 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우

⑧ 제1항의 '급여의료비 본인부담금'은 아래 내용에 해당하는 금액을 포함하여 계산합니다.

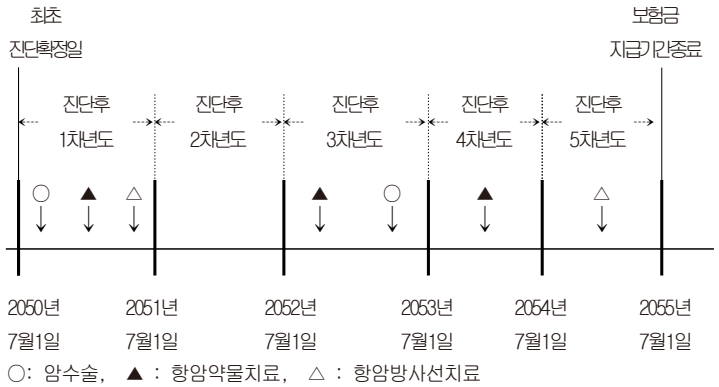
1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)

⑨ 이 보장에서 '연간 암주요치료비 총액'이라 함은 연간 발생한 '암주요치료비'를 합산한 금액을 말합니다.

**【 예시안내 】**

**<연간 암주요치료비 총액 및 암치료비지원금 지급금액 예시>**

· 보험가입금액 1,000만원 기준, 30년만기
· 계약일 : 2024년 7월 1일
· 위의 악성신생물암(C16) 최초진단 확정일 : 2050.7월 1일
· 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2052.8월 1일




○: 암수술, ▲ : 항암약물치료, △ : 항암방사선치료

※ 2050년 7월1일 위의 악성신생물암(C16) 최초 진단 이후 위의 악성신생물암(C16)이외의 암을 최초 진단받더라도 보험금 지급 대상은 2050년 7월1일로부터 5년입니다.

① 진단후 1차년도
연간 암주요치료비 총액 = 암수술(1,500만원) + 항암방사선치료(1,000만원 )+항암약물치료(1,000만원) = 3,500만원
☞ **암치료비지원금 = 3,000만원**

② 진단후 2차년도 : 암주요치료 미발생

☞ **암치료비지원금 미발생**

③ 진단후 3차년도

연간 암주요치료비 총액 = 항암약물치료(500만원) + 암수술(1,500만원) = 2,000만원

☞ **암치료비지원금 = 2,000만원**

④ 진단후 4차년도

연간 암주요치료비 총액= 항암약물치료(800만원)

☞ **연간 암주요치료비 총액 1,000만원 미만으로 암치료비지원금 미발생**

⑤ 진단후 5차년도

연간 암주요치료비 총액 = 항암방사선치료(1억2,000만원) = 1억 2,000만원

☞ **암치료비지원금 = 1억원**

**제5조 (암수술 등의 정의)**

① 이 보장에서 '암수술'이라 함은 암의 치료를 직접적인 목적으로 '수술'을 받는 것을 말합니다.

② 제1항의 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 '종합병원'에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

**< 신의료기술평가위원회 >**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**【 예시안내 】**

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**

· 체외 충격파 쇄석술
· 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
· 절개 또는 배농술
· 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
· 전기소작술
· IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

⑥ 제1항 내지 제4항의 '수술'은 '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제외합니다.

**제6조 (항암약물치료의 정의)**

이 보장에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한

함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

**제7조 (항암방사선치료의 정의)**

이 보장에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

**제8조 (종합병원의 정의)**

이 보장에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

**【 관련법규 】**

**< 의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건 >**

- 100개 이상의 병상을 갖추어야 함
- 100병상 이상 300병상 이하인 경우 내과 · 외과 · 소아청소년과 · 산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 상기의 진료과목에 대해서는 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함

**제9조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제4조(암주요치료비 등의 정의) 제9항에도 불구하고 보험수익자가 매년 진단확정일 전일 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 '연간 암주요치료비 총액'을 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 해당 보험금 청구일 이후 '연간 암주요치료비 총액'이 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다.
한편, 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금 보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.

② 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유)의 암치료비지원금의 전부 또는 일부를 지급하지 않을 수 있습니다.

③ 이 보장에서 '암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

**【 예시안내 】**

**< '암'에 대한 보장개시일 >**

④ 제3항에도 불구하고 제14조(보장의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암'에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

⑤ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 암으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도 '보험금 지급기간'이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암치료비지원금을 보장합니다.

⑥ 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고

그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제10조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제11조 (보장의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 보장의 계약일부터 '암'에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'으로 진단확정된 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제12조 (보장의 소멸)**

피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 암으로 최초 진단확정 받고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보험금 지급기간이 경과하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제13조 (제2회 이후 보장 보험료의 납입)**

① 이 보장의 제2회 이후 보장보험료의 납입은 보통약관 제36조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 암으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후부터 이 보장의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

**제14조 (보장의 자동갱신)**

**<이 특별약관의 보장을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 보장의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 보장의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 보장을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.

다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

⑧ 제1항 내지 제7항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 암으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

**제15조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제12조(보장의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제16조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'에 대하여 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제17조 (준용규정)**

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-139-4. 암치료비지원금(5백만원이상1천만원미만,종합병원)(간편건강고지)보장
## 2-140-4. 암치료비지원금(5백만원이상1천만원미만,종합병원)(간편건강고지)(갱신형)보장

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항 및 제4항에서 정한 보장개시일 이후 '암'으로 최초 진단확정 되고, '보험금 지급기간' 이내에 종합병원에서 '암'으로 암 주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받아 '연간 암주요치료비 총액'이 5백만원이상 1천만원미만인 경우 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 암치료비지원금은 최초 진단확정일로부터 최대 5년간, 연간 1회를 한도로 지급(최대 5회 지급) 합니다.

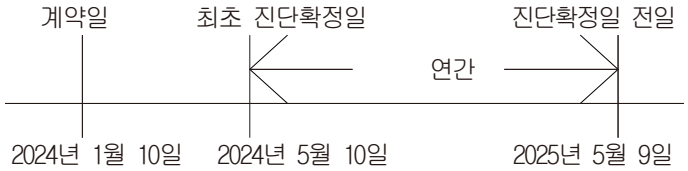
<table>
<tr><th colspan="2">보험금의 종류</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>암<br>치료비<br>지원금</td><td>종합병원에서 암주요치료를 받아 ‘연간 암주요치료비 총액’이 5백만원 이상이고, 1천만원 미만 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 5년간 연간 1회한도 (최대5회))</td><td>
<table>
<tr><th>연간 암주요 치료비총액</th><th>구간별 지급금액</th><th>총 지급금액 (구간별 지급액 합계)</th></tr>
<tr><td>5백만원 이상 1천만원 미만</td><td>보험 가입금액의 50%</td><td>이 보장 보험가입금액의 50%</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

② 제1항에서 보험금 지급기간이라 함은 암 최초 진단확정일로부터 5년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

③ 제1항에서 연간 이라 함은 ‘암’ 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 ‘매년 진단확정일’이라 합니다)의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단확정일로 합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >




**제2조 (암의 정의 및 진단확정)**

① 이 보장에서 ‘암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] ‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② ‘암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

**< '제2항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

· '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
· '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
· '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

④ 제2항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (암 주요치료의 정의)**

① 이 보장에서 '암 주요치료'라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료를 말합니다.

② '암 주요치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제
5. 제1호 내지 제4호 이외의 '암 주요치료'에 해당되지 않는 비용 (진찰료,입원료,마취료,검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 '암 주요치료'로 봅니다.

【 관련법규】

**< 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호>**

3. '말기환자'란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

**제4조 (암주요치료비 등의 정의)**

① 보장에서 '암주요치료비'라 함은 제3조(암주요치료의 정의)에 따른

암주요치료를 받고 해당 치료로 인해 발생한 비용 중 국민건강보험법에서 정한 요양급여 및 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금에 해당하는 금액(이하 '급여의료비 본인부담금' 이라 합니다)과 비급여 금액(이하 '비급여의료비 본인부담금' 이라 합니다)의 합계액을 말합니다.

**【 용어해설 】**

**< 급여 >**

국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차에 따라 급여항목이 발생한 경우로 국민건강보험공단부담금 및 본인부담금을 합한 금액을 말합니다.

**< 본인부담금 >**

본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.

**< 비급여 >**

국민건강보험법 또는 의료급여법에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험법 또는 의료급여법에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

② 제1항에서 '암주요치료비' 는 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에서 행한 의료행위로 인하여 발생한 금액에 한합니다.

③ 제1항의 '암주요치료비' 중 암수술치료비는 암수술로 인해 발생하는 비용으로 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용을 말합니다.

④ 제1항의 '암주요치료비' 중 항암약물치료비는 항암약물치료로 인해 발생한 비용으로 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 항암제 범위에서 제외됩니다.

⑤ 제1항의 '암주요치료비' 중 항암방사선치료비는 항암방사선치료로 인해 발생한 비용으로 진료비 세부 내역서의 방사선치료료를 말합니다. 방사선치료료에는 방사선 모의치료, 방사선 치료계획, 방사선 치료가 포함됩니다.

**【 진료비 세부 내역서】**

진료비 세부 내역서란 병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

⑥ 제3항내지 제5항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료로 인해 호스피스완화의료(정액수가)가 발생한 경우 호스피스완화의료(정액수가)를 제1항의 '암주요치료비' 에 포함합니다.

⑦ 제1항의 '급여의료비 본인부담금' 및 '비급여의료비 본인부담금' 은 아래의 사유로 감면 받은 경우도 감면 전 본인부담금을 기준으로 합니다.

1. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나(다만, 제도 등에 따른 의료비 감면으로 감면 전 금액을 확인할 수 없는 경우에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 합니다.) 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)
2. 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우
3. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
4. 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우

⑧ 제1항의 '급여의료비 본인부담금' 은 아래 내용에 해당하는 금액을 포함하여 계산합니다.

1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민

건강보험 관련법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)

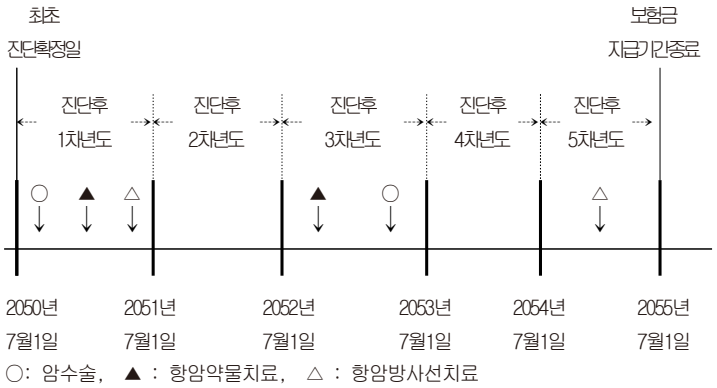
2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)

⑨ 이 보장에서 '연간 암주요치료비 총액'이라 함은 연간 발생한 '암주요치료비'를 합산한 금액을 말합니다.

【 예시안내 】

**<연간 암주요치료비 총액 및 암치료비지원금 지급금액 예시>**

· 보험가입금액 1,000만원 기준, 30년만기
· 계약일 : 2024년 7월 1일
· 위의 악성신생물(C16) 최초진단 확정일 : 2050.7월 1일
· 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2052.8월 1일




○: 암수술, ▲ : 항암약물치료, △ : 항암방사선치료

※ 2050년 7월1일 위의 악성신생물(C16) 최초 진단 이후 위의 악성신생물(C16)이외의 암을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2050년 7월1일로부터 5년입니다.

① 진단후 1차년도
연간 암주요치료비 총액 = 암수술(300만원) + 항암방사선치료(100만원)+항암약물치료(200만원) = 600만원
☞ **암치료비지원금 = 500만원**

② 진단후 2차년도 : 암주요치료 미발생
☞ **암치료비지원금 미발생**

③ 진단후 3차년도
연간 암주요치료비 총액 = 항암약물치료(100만원) + 암수술(200만원) = 300만원
☞ **연간 암주요치료비 5백만원 미만으로 암치료비지원금 미발생**

④ 진단후 4차년도 : 암주요치료 미발생
☞ **암치료비지원금 미발생**

⑤ 진단후 5차년도
연간 암주요치료비 총액 = 항암방사선치료(1,100만원) = 1,100만원
☞ **연간 암주요치료비 1천만원 이상으로 암치료비지원금 미발생**

**제5조 (암수술 등의 정의)**

① 이 보장에서 '암수술'이라 함은 암의 치료를 직접적인 목적으로 '수술'을 받는 것을 말합니다.

② 제1항의 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 '종합병원'에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【 용어해설 】

**< 신의료기술평가위원회 >**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

【 예시안내 】

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**

· 체외 충격파 쇄석술
· 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
· 절개 또는 배농술
· 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
· 전기소작술
· IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

⑥ 제1항 내지 제4항의 '수술'은 '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제외합니다.

**제6조 (항암약물치료의 정의)**

이 보장에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

**제7조 (항암방사선치료의 정의)**

이 보장에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

**제8조 (종합병원의 정의)**

이 보장에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【 관련법규 】

**< 의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건 >**

- 100개 이상의 병상을 갖추어야 함
- 100병상 이상 300병상 이하인 경우 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 상기의 진료과목에 대해서는 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함

**제9조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제4조(암주요치료비 등의 정의) 제9항에도 불구하고 보험수익자가 매

년 진단확정일 전일 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 '연간 암주요치료비 총액'을 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 해당 보험금 청구일 이후 '연간 암주요치료비 총액'이 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다.
한편, 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금 보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.

② 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유)의 암치료비지원금의 전부 또는 일부를 지급하지 않을 수 있습니다.

③ 이 보장에서 '암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '암'에 대한 보장개시일 >

④ 제3항에도 불구하고 제14조(보장의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암'에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

⑤ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 암으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도 '보험금 지급기간'이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암치료비지원금을 보장합니다.

⑥ 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제10조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

### 제11조 (보장의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 보장의 계약일부터 '암'에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'으로 진단확정된 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

### 제12조 (보장의 소멸)

피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 암으로 최초 진단확정 받고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보험금 지급기간이 경과하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제13조 (제2회 이후 보장 보험료의 납입)

① 이 보장의 제2회 이후 보장보험료의 납입은 보통약관 제36조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 암으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후부터 이 보장의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

**제14조 (보장의 자동갱신)**

**<이 특별약관의 보장을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 보장의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약' 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 보장의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 보장을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이' 라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

⑧ 제1항 내지 제7항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 암으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

**제15조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제12조(보장의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제16조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암' 에 대하여 제9조

(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제17조 (준용규정)**

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-139-5. 암치료비지원금(1억1천만원이상,종합병원)(간편건강고지)보장
## 2-140-5. 암치료비지원금(1억1천만원이상,종합병원)(간편건강고지)(갱신형)보장

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항 및 제4항에서 정한 보장개시일 이후 '암'으로 최초 진단확정 되고, '보험금 지급기간' 이내에 종합병원에서 '암'으로 암 주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받아 '연간 암주요치료비 총액'이 1억1천만원 이상인 경우 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 암치료비지원금은 최초 진단확정일로부터 최대 5년간, 연간 1회를 한도로 지급(최대 5회 지급) 합니다.

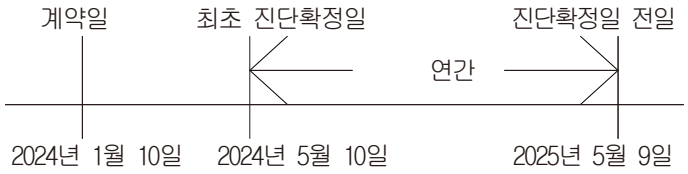
| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| 암 치료비 지원금 | 종합병원에서 암주요치료를 받아 | 연간 암주요 치료비총 | 구간별 지급금액 | 총 지급금액 (구간별 지급금액 합계) |
| | '연간 암주요치료비 총액' 이 1억1천만원 이상인 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 5년간 연간 1회한도 (최대5회)) | 액 | | |
| | | 1억 1천만원 이상 | 암주요 치료비총 액에 따라, 각 구간별 이 보장 보험 가입금액 의 100% | 이 보장 보험가입금액의 100% |
| | | 1억 2천만원 이상 | | 이 보장 보험가입금액의 200% |
| | | 1억 3천만원 이상 | | 이 보장 보험가입금액의 300% |
| | | 1억 4천만원 이상 | | 이 보장 보험가입금액의 400% |
| | | 1억 5천만원 이상 | | 이 보장 보험가입금액의 500% |

② 제1항에서 보험금 지급기간이라 함은 암 최초 진단확정일로부터 5년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

③ 제1항에서 연간 이라 함은 '암' 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 '매년 진단확정일' 이라 합니다)의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단확정일로 합니다.

【 예시안내 】

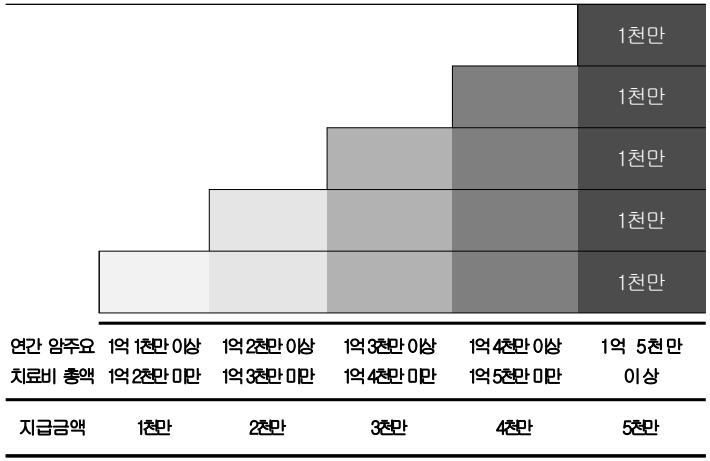
< 연간에 대한 예시 >



【 예시안내 】

< 암치료비지원금 지급금액 예시, 보험가입금액 1,000만원 기준>

| 연간 암주요치료비 총액 | 11,000만 이상 | 12,000만 이상 | 13,000만 이상 | 14,000만 이상 | 15,000만 이상 |
|---|---|---|---|---|---|
| 구간별 지급금액 | 1,000만 | 1,000만 | 1,000만 | 1,000만 | 1,000만 |
| **총 지급금액** | **1,000만** | **2,000만** | **3,000만** | **4,000만** | **5,000만** |




○ 암진단 1차년도에 연간 암주요치료비 총액 12,500만원 발생시

☞ 암치료비지원금 2,000만원 지급 (각 연간 암주요치료비 총액 구간별 가입금액 합산)

## 제2조 (암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② '암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

**< '제2항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이

차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

④ 제2항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (암 주요치료의 정의)**

① 이 보장에서 ‘암 주요치료’라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료를 말합니다.

② ‘암 주요치료’에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제
5. 제1호 내지 제4호 이외의 ‘암 주요치료’에 해당되지 않는 비용(진찰료,입원료,마취료,검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 ‘암 주요치료’로 봅니다.

**【 관련법규】**

**< 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호>**

3. ‘말기환자’란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

**제4조 (암주요치료비 등의 정의)**

① 보장에서 ‘암주요치료비’라 함은 제3조(암주요치료의 정의)에 따른 암주요치료를 받고 해당 치료로 인해 발생한 비용 중 국민건강보험법에서 정한 요양급여 및 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금에 해당하는 금액(이하 ‘급여의료비 본인부담금’이라 합니다)과 비급여 금액(이하 ‘비급여의료비 본인부담금’이라 합니다)의 합계액을 말합니다.

**【 용어해설 】**

**< 급여 >**

국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차에 따라 급여항목이 발생한 경우로 국민건강보험공단부담금 및 본인부담금을 합한 금액을 말합니다.

**< 본인부담금 >**

본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.

**< 비급여 >**

국민건강보험법 또는 의료급여법에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험법 또는 의료급여법에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

② 제1항에서 ‘암주요치료비’는 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 의

료기관에서 행한 의료행위로 인하여 발생한 금액에 한합니다.

③ 제1항의 '암주요치료비' 중 암수술치료비는 암수술로 인해 발생하는 비용으로 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용을 말합니다.

④ 제1항의 '암주요치료비' 중 항암약물치료비는 항암약물치료로 인해 발생한 비용으로 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 항암제 범위에서 제외됩니다.

⑤ 제1항의 '암주요치료비' 중 항암방사선치료비는 항암방사선치료로 인해 발생한 비용으로 진료비 세부 내역서의 방사선치료료를 말합니다. 방사선치료료에는 방사선 모의치료, 방사선 치료계획, 방사선 치료가 포함됩니다.

**【 진료비 세부 내역서】**

진료비 세부 내역서란 병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

⑥ 제3항내지 제5항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료로 인해 호스피스완화의료(정액수가)가 발생한 경우 호스피스완화의료(정액수가)를 제1항의 '암주요치료비'에 포함합니다.

⑦ 제1항의 '급여의료비 본인부담금' 및 '비급여의료비 본인부담금'은 아래의 사유로 감면 받은 경우도 감면 전 본인부담금을 기준으로 합니다.

1. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나(다만, 제도 등에 따른 의료비 감면으로 감면 전 금액을 확인할 수 없는 경우에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 합니다.) 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)
2. 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우
3. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
4. 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우

⑧ 제1항의 '급여의료비 본인부담금'은 아래 내용에 해당하는 금액을 포함하여 계산합니다.

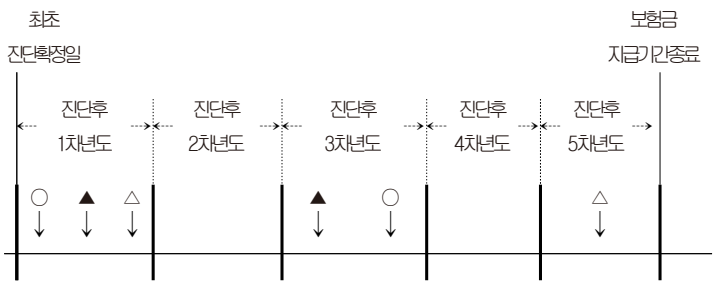
1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)

⑨ 이 보장에서 '연간 암주요치료비 총액'이라 함은 연간 발생한 '암주요치료비'를 합산한 금액을 말합니다.

**【 예시안내 】**

**<연간 암주요치료비 총액 및 암치료비지원금 지급금액 예시>**

· 보험가입금액 1,000만원 기준, 30년만기
· 계약일 : 2024년 7월 1일
· 위의 악성신생물(C16) 최초진단 확정일 : 2050.7월 1일
· 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2052.8월 1일




○: 암수술, ▲ : 항암약물치료, △ : 항암방사선치료

※ 2050년 7월1일 위의 악성신생물(C16) 최초 진단 이후 위의 악성신생물(C16)이외의 암을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2050년 7월1일로부터 5년입니다.

① 진단후 1차년도
연간 암주요치료비 총액 = 암수술(1,500만원) + 항암방사선치료(5,000만원) +
항암약물치료(10,000만원) = 16,500만원
☞ **암치료비지원금 = 5,000만원**

② 진단후 2차년도 : 암주요치료 미발생
☞ **암치료비지원금 미발생**

③ 진단후 3차년도
연간 암주요치료비 총액 = 항암약물치료(9,000만원)+암수술(2,500만원)=11,500만원
☞ **암치료비지원금 = 1,000만원**

④ 진단후 4차년도 : 암주요치료 미발생
☞ **암치료비지원금 미발생**

⑤ 진단후 5차년도
연간 암주요치료비 총액 = 항암방사선치료(1억 500만원) = 1억 500만원
☞ **연간 암주요치료비 1억 1천만원 미만으로 암치료비지원금 미발생**

**제5조 (암수술 등의 정의)**

① 이 보장에서 '암수술'이라 함은 암의 치료를 직접적인 목적으로 '수술'을 받는 것을 말합니다.

② 제1항의 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 '종합병원'에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

**< 신의료기술평가위원회 >**
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>
· 체외 충격파 쇄석술
· 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
· 절개 또는 배농술
· 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
· 전기소작술
· IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

⑥ 제1항 내지 제4항의 '수술'은 '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제외합니다.

**제6조 (항암약물치료의 정의)**

이 보장에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

**제7조 (항암방사선치료의 정의)**

이 보장에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

**제8조 (종합병원의 정의)**

이 보장에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【 관련법규 】

< 의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건 >
- 100개 이상의 병상을 갖추어야 함
- 100병상 이상 300병상 이하인 경우 내과 · 외과 · 소아청소년과 · 산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 상기의 진료과목에 대해서는 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함

**제9조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

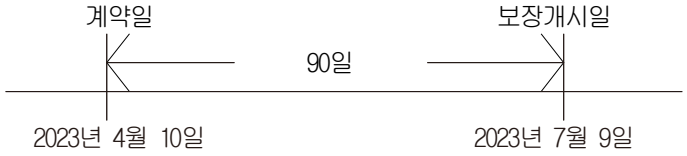
① 제4조(암주요치료비 등의 정의) 제9항에도 불구하고 보험수익자가 매년 진단확정일 전일 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 '연간 암주요치료비 총액'을 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 해당 보험금 청구일 이후 '연간 암주요치료비 총액'이 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다.
한편, 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금 보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.

② 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유)의 암치료비지원금의 전부 또는 일부를 지급하지 않을 수 있습니다.

③ 이 보장에서 '암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '암' 에 대한 보장개시일 >




④ 제3항에도 불구하고 제14조(보장의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암' 에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

⑤ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 암으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도 '보험금 지급기간' 이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암치료비지원금을 보장합니다.

⑥ 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제10조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

### 제11조 (보장의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 보장의 계약일부터 '암' 에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암' 으로 진단확정된 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

### 제12조 (보장의 소멸)

피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 암으로 최초 진단확정 받고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보험금 지급기간이 경과하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제13조 (제2회 이후 보장 보험료의 납입)

① 이 보장의 제2회 이후 보장보험료의 납입은 보통약관 제36조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 암으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후부터 이 보장의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

### 제14조 (보장의 자동갱신)

**<이 특별약관의 보장을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 보장의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약' 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 보장의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 보장을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이' 라 합니다)는 이 계

약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

⑧ 제1항 내지 제7항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 암으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

**제15조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제12조(보장의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제16조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'에 대하여 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제17조 (준용규정)**

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-139 암주요치료비Ⅱ(연간1회한,진단후10년)(간편건강고지)보장 특별약관 / 2-140 암주요치료비Ⅱ(연간1회한,진단후10년)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

암주요치료비Ⅱ(연간1회한,진단후10년)(간편건강고지)보장 특별약관의 보장은 아래와 같이 구성되어 있습니다.
- 암치료급여금(기타피부암및갑상선암제외)(간편건강고지)보장
- 기타피부암및갑상선암치료급여금(간편건강고지)보장
- 암치료비지원금(1천만원이상,종합병원)(간편건강고지)보장
- 암치료비지원금(5백만원이상1천만원미만,종합병원)(간편건강고지)보장
- 암치료비지원금(1억1천만원이상,종합병원)(간편건강고지)보장

암주요치료비Ⅱ(연간1회한,진단후10년)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관의 보장은 아래와 같이 구성되어 있습니다.
- 암치료급여금(기타피부암및갑상선암제외)(간편건강고지)(갱신형)보장
- 기타피부암및갑상선암치료급여금(간편건강고지)(갱신형)보장
- 암치료비지원금(1천만원이상,종합병원)(간편건강고지)(갱신형)보장
- 암치료비지원금(5백만원이상1천만원미만,종합병원)(간편건강고지)(갱신형)보장
- 암치료비지원금(1억1천만원이상,종합병원)(간편건강고지)(갱신형)보장

## 2-139-1. 암치료급여금(기타피부암및갑상선암제외)(간편건강고지)보장 2-140-1. 암치료급여금(기타피부암및갑상선암제외)(간편건강고지)(갱신형)보장

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 최초 진단확정 되고, '보험금지급기간' 이내에 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 암 주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 암치료급여금('기타피부암', '갑상선암' 제외)은 최초 진단확정일로부터 최대 10년간, 연간 1회를 한도로 지급(최대 10회 지급) 합니다.

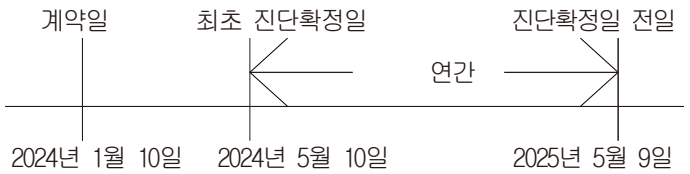
| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 암치료급여금('기타피부암', '갑상선암' 제외) | '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 암 주요치료를 받은 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회한도 (최대10회 지급)) | 이 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |

② 제1항에서 보험금 지급기간이라 함은 암('기타피부암', '갑상선암' 제외) 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

③ 제1항에서 연간 이라 함은 암('기타피부암', '갑상선암' 제외) 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 '매년 진단확정일' 이라 합니다)의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단확정일로 합니다.

【 예시안내 】

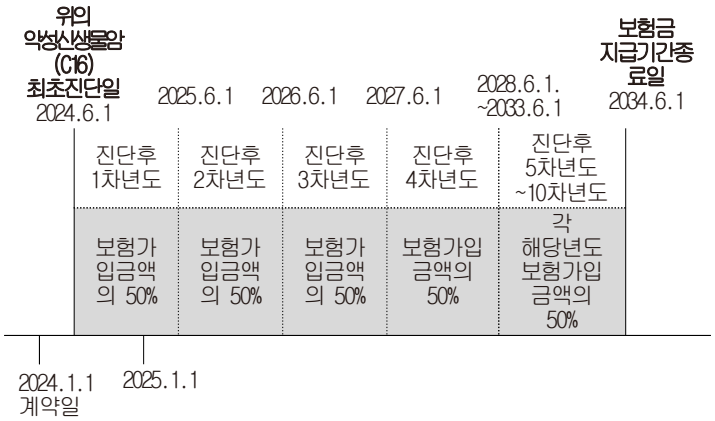
< 연간에 대한 예시 >




【 예시안내 】

**< 암 치료급여금( '기타피부암' , '갑상선암' 제외) 지급금액 예시 >**

① 보험계약일로부터 1년이내에 '암' ( '기타피부암' , '갑상선암' 제외)으로 최초 진단 확정된 경우 : **보험금 지급기간동안 암주요치료를 받은 경우 가입금액의 50% 지급**




※ 2024년 6월 1일 위의 악성신생물암(C16) 최초 진단 이후에 위의 악성신생물암(C16) 이외의 암( '기타피부암' , '갑상선암' 제외)을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2024년 6월 1일로부터 10년입니다.

② 보험계약일로부터 1년이후에 암( '기타피부암' , '갑상선암' 제외)으로 최초 진단 확정된 경우 : **보험금 지급기간동안 암주요치료를 받은 경우 가입금액의 100% 지급**

**제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)**

① 이 보장에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 보장에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 보장에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ '암', '기타피부암' 및 '갑상선암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암', '기타피부암' 및 '갑상선암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암', '기타피부암' 및 '갑상선암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

**< '제4항에 따른 진단방법이 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

**【 유의사항 】**

한국표준질병사인분류 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>

· '갑상선암(C73)' 과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)' 로 진단된 경우 '갑상선암(C73)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.
· '유방의 악성신생물(C50)' 이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)' 로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.
· '위의 악성신생물(C16)' 이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)' 로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)' 에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑥ 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (암 주요치료의 정의)**

① 이 보장에서 '암 주요치료' 라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료를 말합니다.

② '암 주요치료' 에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제
5. 제1호 내지 제4호 이외의 '암 주요치료' 에 해당되지 않는 비용(진찰료,입원료,마취료,검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 '암 주요치료' 로 봅니다.

**【 관련법규】**

**< 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호 >**

3. '말기환자' 란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

**제4조 (암수술 등의 정의)**

① 이 보장에서 '암수술' 이라 함은 암( '기타피부암' , '갑상선암' 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 '수술' 을 받는 것을 말합니다.

② 제1항의 '수술' 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사' 라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【 용어해설 】

**< 신의료기술평가위원회 >**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

【 예시안내 】

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**

· 체외 충격파 쇄석술
· 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
· 절개 또는 배농술
· 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
· 전기소작술
· IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

⑥ 제1항 내지 제4항의 '수술'은 '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제외합니다.

**제5조 (항암약물치료의 정의)**

이 보장에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

**제6조 (항암방사선치료의 정의)**

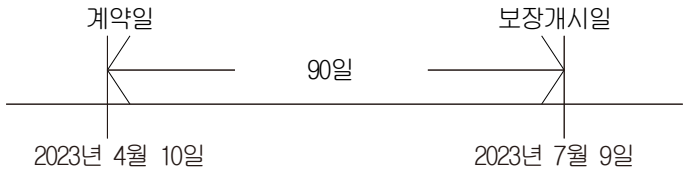
이 보장에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

**제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 이 보장에서 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '암' ( '기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일 >




② 제1항에도 불구하고 제12조(보장의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암' ( '기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 암( '기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도 '보험금 지급기간' 이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암치료급여금을 보장합니다.

④ 회사는 피보험자가 암 주요치료(암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 암치료급여금만 지급합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【 관련법규】

※ 의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의3(종합병원)의 규정에 의한 종합병원

: 100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘것

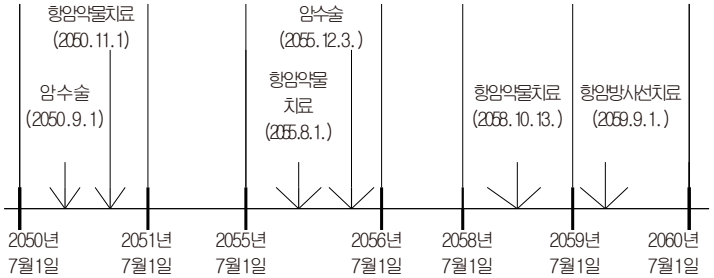
【 예시안내 】

< 암치료급여금( '기타피부암', '갑상선암' 제외) 지급금액 예시 >

· 보험가입금액 1,000만원 기준, 30년만기
· 계약일 : 2024년 7월 1일
· 위의 악성신생물(C16) 최초진단 확정일 : 2050.7월 1일
· 소장의 악성신생물(C17) 최초진단 확정일 : 2055.8월 1일

- 암 최초진단 후 암주요치료 시, 지급금액 예시

| 진단 후 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1차년도 | 2~5 차년도 | 6차년도 | 7~8 차년도 | 9차년도 | 10차년도 |
| 암수술(C16) 1,000만원 지급 | - | 항암약물치료 (C16) 1,000만원 지급 | - | 항암약물 치료(C17) 1,000만 원 지급 | 항암방사선 치료(C17) 1,000만원 지급 |
| 항암약물치료 (C16) 지급 X (연간1회한도 초과) | - | 암수술(C17) 지급 X (연간1회한도 초과) | - | - | - |




※ 2050년 7월1일 위의 악성신생물(C16) 최초 진단 이후 위의 악성신생물(C16) 이외의 암( '기타피부암', '갑상선암' 제외)

을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2050년 7월1일로부터 10년입니다.

**제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제9조 (보장의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 보장의 계약일부터 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'(기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제10조 (보장의 소멸)**

피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 따라 암('기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 최초 진단 확정 받고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보험금 지급기간이 경과하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제11조 (제2회 이후 보장 보험료의 납입)**

① 이 보장의 제2회 이후 보장보험료의 납입은 보통약관 제36조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 암('기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후부터 이 보장의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

**제12조 (보장의 자동갱신)**

**<이 특별약관의 보장을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 보장의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 보장의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 보장을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.

다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

⑧ 제1항 내지 제7항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 암('기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 최초 진단 확정된

경우에는 갱신되지 않습니다.

**제13조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제10조(보장의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제14조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'( '기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대하여 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제15조 (준용규정)**

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-139-2. 기타피부암및갑상선암치료급여금(간편건강고지)보장
## 2-140-2. 기타피부암및갑상선암치료급여금(간편건강고지)(갱신형)보장

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중 '기타피부암' 및 '갑상선암'으로 최초 진단확정 되고, '보험금 지급기간' 이내에 '기타피부암' 및 '갑상선암'으로 암 주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 기타피부암 및 갑상선암 치료급여금 은 최초 진단확정일로부터 최대 10년간, 연간 1회를 한도로 지급(최대 10회 지급)합니다.

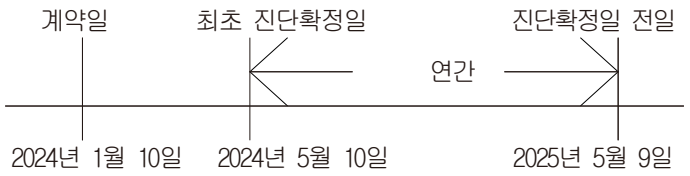
| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 기타피부암 및 갑상선암 치료급여금 | '기타피부암' 및 '갑상선암' 으로 암 주요치료를 받은 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회한도(최대10회 지급)) | 이 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |

② 제1항에서 보험금 지급기간이라 함은 '기타피부암', '갑상선암' 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

③ 제1항에서 연간 이라 함은 '기타피부암' 및 '갑상선암' 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 매년 진단확정일이라 합니다)의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단확정일로 합니다.

【 예시안내 】

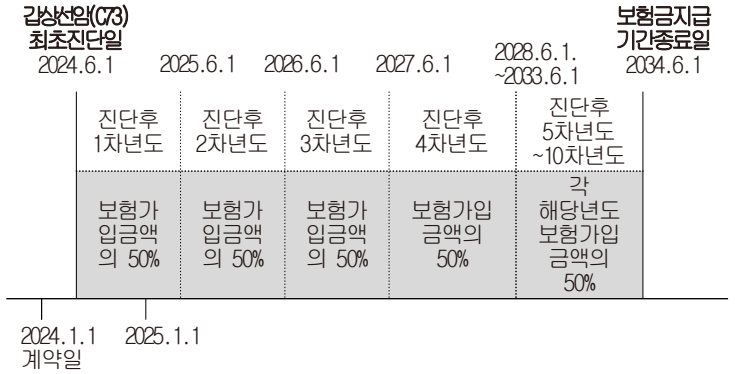
< 연간에 대한 예시 >




【 예시안내 】

< 기타피부암 및 갑상선암 치료급여금 지급금액 예시 >

① 보험계약일로부터 1년이내에 '기타피부암' 및 '갑상선암' 으로 최초 진단 확정된 경우 : **보험금 지급기간동안 암주요치료를 받은 경우 가입금액의 50% 지급**




※ 2024년 6월 1일 갑상선암(C73) 최초 진단 이후에 갑상선암(C73) 이외의 기타피부암 및 갑상선암을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2024년 6월 1일로부터 10년입니다.

② 보험계약일로부터 1년이후에 '기타피부암' 및 '갑상선암' 으로 최초 진단 확정된 경우 : **보험금 지급기간동안 암주요치료를 받은 경우 가입금액의 100% 지급**

**제2조 (기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)**

① 이 보장에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표' 에 해당하는 질병 중 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 보장에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표' 에 해당하는 질병 중 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【 예시안내 】**

**< ‘제3항에 따른 진단방법이 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 제3항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (암 주요치료의 정의)**

① 이 보장에서 ‘암 주요치료’라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료를 말합니다.

② ‘암 주요치료’에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제
5. 제1호 내지 제4호 이외의 ‘암 주요치료’에 해당되지 않는 비용(진찰료,입원료,마취료,검사료 등)

**【 유의사항 】**

한국표준질병사인분류 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>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 ‘암 주요치료’로 봅니다.

**【 관련법류】**

**< 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호>**

3. ‘말기환자’란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

**제4조 (암수술 등의 정의)**

① 이 보장에서 ‘암수술’이라 함은 기타피부암 및 갑상선암의 치료를 직접적인 목적으로 ‘수술’을 받는 것을 말합니다.

② 제1항의 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료기관법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

**< 신의료기술평가위원회 >**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**【 예시안내 】**

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**

· 체외 충격파 쇄석술
· 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
· 절개 또는 배농술
· 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
· 전기소작술
· IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

⑥ 제1항 내지 제4항의 ‘수술’은 ‘항암방사선치료’와 ‘항암약물치료’는 제외합니다.

**제5조 (항암약물치료의 정의)**

이 보장에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

**제6조 (항암방사선치료의 정의)**

이 보장에서 ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증

을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

**제7조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 보험기간 중에 기타피부암 및 갑상선암으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도 '보험금 지급기간'이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 기타피부암 및 갑상선암 치료급여금을 보장합니다.

② 회사는 피보험자가 암 주요치료(암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 기타피부암 및 갑상선암 치료급여금만 지급합니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**【 관련법규】**

**※ 의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의3(종합병원)의 규정에 의한 종합병원**

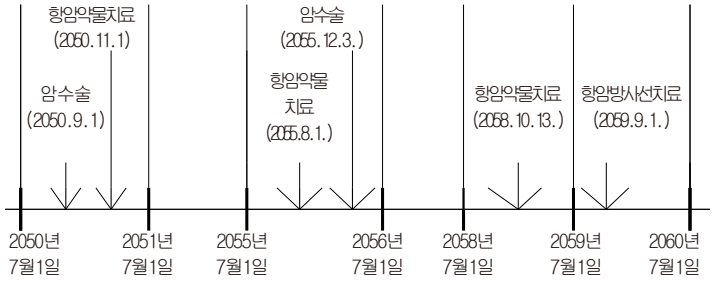
: 100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘것

**【 예시안내 】**

**< 기타피부암 및 갑상선암 치료급여금 지급금액 예시 >**

· 보험가입금액 200만원 기준, 30년만기
· 계약일 : 2024년 7월 1일
· 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2050.7월 1일
· 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2055.8월 1일
- 기타피부암 및 갑상선암 최초진단 후 암주요치료 시, 지급금액 예시

| 진단 후 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1차년도 | 2~5 차년도 | 6차년도 | 7~8 차년도 | 9차년도 | 10차년도 |
| 암수술(C73) 200만원 지급 | - | 항암약물치료 (C73) 200만원 지급 | - | 항암약물 치료(C44) 200만원 지급 | 항암방사 선치료(C4 4) 200만원 지급 |
| 항암약물치료 (C73) 지급 X (연간1회한도 초과) | - | 암수술(C44) 지급 X (연간1회한도 초과) | - | - | - |




※ 2050년 7월1일 갑상선암(C73) 최초 진단 이후 갑상선암(C73) 이외의 기타피부암 및 갑상선암을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2050년 7월1일로부터 10년입니다.

**제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제9조 (보장의 무효)**

이 보장의 무효는 보통약관 제31조(계약의 무효)를 따릅니다.

**제10조 (보장의 소멸)**

피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 기타피부암 및 갑상선암으로 최초 진단 확정 받고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보험금 지급기간이 경과하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제11조 (제2회 이후 보장 보험료의 납입)**

① 이 보장의 제2회 이후 보장보험료의 납입은 보통약관 제36조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 기타피부암 및 갑상선암으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후부터 이 보장의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

**제12조 (보장의 자동갱신)**

**<이 특별약관의 보장을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 보장의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약' 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 보장의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 보장을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이' 라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

⑧ 제1항 내지 제7항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 기타피부암 및 갑상선암으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

**제13조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제10조(보장의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제14조 (준용규정)**

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외

합니다.

## 2-139-3. 암치료비지원금(1천만원이상,종합병원)(간편건강고지)보장
## 2-140-3. 암치료비지원금(1천만원이상,종합병원)(간편건강고지)(갱신형)보장

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항 및 제4항에서 정한 보장개시일 이후 '암'으로 최초 진단확정 되고, '보험금 지급기간' 이내에 종합병원에서 '암'으로 암 주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받아 '연간 암주요치료비 총액'이 1천만원 이상인 경우 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 암치료비지원금은 최초 진단확정일로부터 최대 10년간, 연간 1회를 한도로 지급(최대 10회 지급) 합니다.

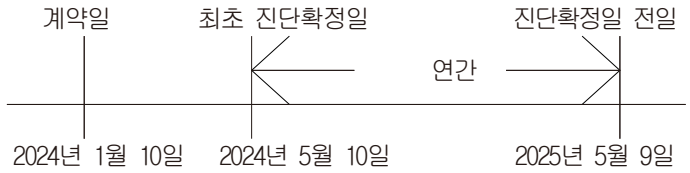
<table>
<tr><th colspan="2">보험금의 종류</th><th colspan="3">지급금액</th></tr>
<tr><td rowspan="6">암<br>치료비<br>지원금</td><td rowspan="6">종합병원에서 암주요치료를 받아 '연간 암주요치료비 총액'이 1천만원 이상인 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회한도(최대10회))</td><td>연간 암주요치료비총액</td><td>구간별 지급금액</td><td>총 지급금액 (구간별 지급액 합계)</td></tr>
<tr><td>1천만원 이상</td><td rowspan="5">암주요치료비총액에 따라,<br><br>각 구간별 이 보장 보험가입금액</td><td>이 보장 보험가입금액의 100%</td></tr>
<tr><td>2천만원 이상</td><td>이 보장 보험가입금액의 200%</td></tr>
<tr><td>3천만원 이상</td><td>이 보장 보험가입금액의 300%</td></tr>
<tr><td>4천만원 이상</td><td>이 보장 보험가입금액의 400%</td></tr>
<tr><td>5천만원 이상</td><td>이 보장 보험가입금액의 500%</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>6천만원 이상</td><td>이 보장 보험가입금액의 600%</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>7천만원 이상</td><td>이 보장 보험가입금액의 700%</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>8천만원 이상</td><td>이 보장 보험가입금액의 800%</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>9천만원 이상</td><td>이 보장 보험가입금액의 900%</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>1억원 이상</td><td>이 보장 보험가입금액의 1,000%</td></tr>
</table>

② 제1항에서 보험금 지급기간이라 함은 암 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

③ 제1항에서 연간 이라 함은 '암' 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 '매년 진단확정일'이라 합니다)의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단확정일로 합니다.

【 예시안내 】

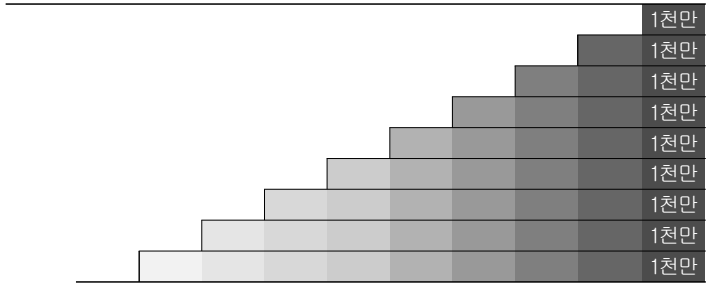
< 연간에 대한 예시 >

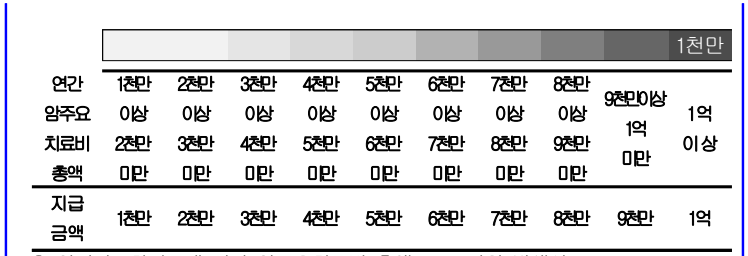



【 예시안내 】

< 암치료비지원금 지급금액 예시, 보험가입금액 1,000만원 기준>

| 연간 암주요치료비 총액 | 1,000만 이상 | 2,000만 이상 | 3,000만 이상 | 4,000만 이상 | 5,000만 이상 |
|---|---|---|---|---|---|
| 구간별 지급금액 | 1,000만 | 1,000만 | 1,000만 | 1,000만 | 1,000만 |
| **총 지급금액** | **1,000만** | **2,000만** | **3,000만** | **4,000만** | **5,000만** |
| **연간 암주요치료비 총액** | **6,000만 이상** | **7,000만 이상** | **8,000만 이상** | **9,000만 이상** | **10,000만 이상** |
| 구간별 지급금액 | 1,000만 | 1,000만 | 1,000만 | 1,000만 | 1,000만 |
| **총 지급금액** | **6,000만** | **7,000만** | **8,000만** | **9,000만** | **10,000만** |




○ 암진단 1차년도에 연간 암주요치료비 총액 6,500만원 발생시

☞ 암치료비지원금 6,000만원 지급 (각 연간 암주요치료비 총액 구간별 가입금액 합산)

## 제2조 (암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② '암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

**< '제2항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

④ 제2항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (암 주요치료의 정의)**

① 이 보장에서 ‘암 주요치료’라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료를 말합니다.

② ‘암 주요치료’에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제
5. 제1호 내지 제4호 이외의 ‘암 주요치료’에 해당되지 않는 비용(진찰료,입원료,마취료,검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 ‘암 주요치료’로 봅니다.

【 관련법규】

**< 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호>**

3. ‘말기환자’란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

**제4조 (암주요치료비 등의 정의)**

① 보장에서 ‘암주요치료비’라 함은 제3조(암주요치료의 정의)에 따른 암주요치료를 받고 해당 치료로 인해 발생한 비용 중 국민건강보험법에서 정한 요양급여 및 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금에 해당하는 금액(이하 ‘급여의료비 본인부담금’이라 합니다)과 비급여 금액(이하 ‘비급여의료비 본인부담금’이라 합니다)의 합계액을 말합니다.

【 용어해설 】

**< 급여 >**

국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한

의료급여 절차에 따라 급여항목이 발생한 경우로 국민건강보험공단부담금 및 본인부담금을 합한 금액을 말합니다.

**< 본인부담금 >**

본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.

**< 비급여 >**

국민건강보험법 또는 의료급여법에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험법 또는 의료급여법에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

② 제1항에서 '암주요치료비'는 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에서 행한 의료행위로 인하여 발생한 금액에 한합니다.

③ 제1항의 '암주요치료비' 중 암수술치료비는 암수술로 인해 발생하는 비용으로 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용을 말합니다.

④ 제1항의 '암주요치료비' 중 항암약물치료비는 항암약물치료로 인해 발생한 비용으로 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 항암제 범위에서 제외됩니다.

⑤ 제1항의 '암주요치료비' 중 항암방사선치료비는 항암방사선치료로 인해 발생한 비용으로 진료비 세부 내역서의 방사선치료료를 말합니다. 방사선치료료에는 방사선 모의치료, 방사선 치료계획, 방사선 치료가 포함됩니다.

**【 진료비 세부 내역서】**

진료비 세부 내역서란 병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

⑥ 제3항내지 제5항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료로 인해 호스피스완화의료(정액수가)가 발생한 경우 호스피스완화의료(정액수가)를 제1항의 '암주요치료비'에 포함합니다.

⑦ 제1항의 '급여의료비 본인부담금' 및 '비급여의료비 본인부담금'은 아래의 사유로 감면 받은 경우도 감면 전 본인부담금을 기준으로 합니다.

1. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나(다만, 제도 등에 따른 의료비 감면으로 감면 전 금액을 확인할 수 없는 경우에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 합니다.) 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)
2. 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우
3. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
4. 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우

⑧ 제1항의 '급여의료비 본인부담금'은 아래 내용에 해당하는 금액을 포함하여 계산합니다.

1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부

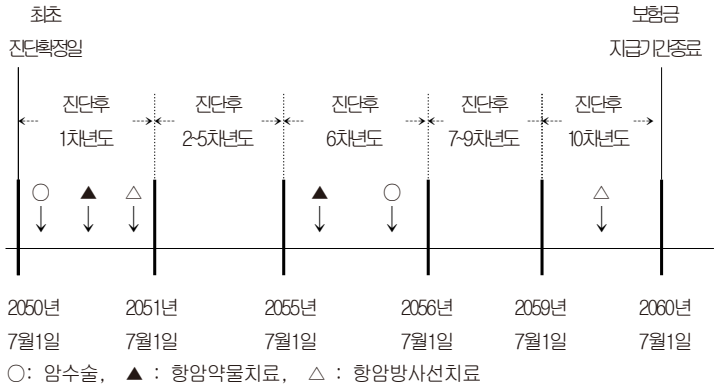
담금 상한제)

⑨ 이 보장에서 ‘연간 암주요치료비 총액’이라 함은 연간 발생한 ‘암주요치료비’를 합산한 금액을 말합니다.

**【 예시안내 】**

**<연간 암주요치료비 총액 및 암치료비지원금 지급금액 예시>**

· 보험가입금액 1,000만원 기준, 30년만기
· 계약일 : 2024년 7월 1일
· 위의 악성신생물(C16) 최초진단 확정일 : 2050.7월 1일
· 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2052.8월 1일




| 2050년 | 2051년 | 2055년 | 2056년 | 2059년 | 2060년 |
|---|---|---|---|---|---|
| 7월1일 | 7월1일 | 7월1일 | 7월1일 | 7월1일 | 7월1일 |

○: 암수술, ▲ : 항암약물치료, △ : 항암방사선치료

※ 2050년 7월1일 위의 악성신생물(C16) 최초 진단 이후 위의 악성신생물(C16)이외의 암을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2050년 7월1일로부터 10년입니다.

① 진단후 1차년도
연간 암주요치료비 총액 = 암수술(1,500만원) + 항암방사선치료(1,000만원)+항암약물치료(1,000만원) = 3,500만원
☞ **암치료비지원금 = 3,000만원**

② 진단후 2~5차년도 : 암주요치료 미발생
☞ **암치료비지원금 미발생**

③ 진단후 6차년도
연간 암주요치료비 총액 = 항암약물치료(500만원) + 암수술(1,500만원) = 2,000만원
☞ **암치료비지원금 = 2,000만원**

④ 진단후 7~9차년도 : 암주요치료 미발생
☞ **암치료비지원금 미발생**

⑤ 진단후 10차년도
연간 암주요치료비 총액 = 항암방사선치료(1억2,000만원) = 1억 2,000만원
☞ **암치료비지원금 = 1억원**

## 제5조 (암수술 등의 정의)

① 이 보장에서 ‘암수술’이라 함은 암의 치료를 직접적인 목적으로 ‘수술’을 받는 것을 말합니다.

② 제1항의 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 ‘종합병원’에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【 용어해설 】

< 신의료기술평가위원회 >
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

【 예시안내 】

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>
· 체외 충격파 쇄석술
· 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
· 절개 또는 배농술
· 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
· 전기소작술
· IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

⑥ 제1항 내지 제4항의 '수술'은 '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제외합니다.

**제6조 (항암약물치료의 정의)**

이 보장에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

**제7조 (항암방사선치료의 정의)**

이 보장에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

**제8조 (종합병원의 정의)**

이 보장에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【 관련법규 】

< 의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건 >
- 100개 이상의 병상을 갖추어야 함
- 100병상 이상 300병상 이하인 경우 내과 · 외과 · 소아청소년과 · 산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 상기의 진료과목에 대해서는 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함

**제9조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제4조(암주요치료비 등의 정의) 제9항에도 불구하고 보험수익자가 매년 진단확정일 전일 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 '연간 암주요치료비 총액'을 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 해당 보험금 청구일 이후 '연간 암주요치료비 총액'이 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다.
한편, 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험

금 보다 감소한 경우  보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.

② 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유)의 암치료비지원금의 전부 또는 일부를 지급하지 않을 수 있습니다.

③ 이 보장에서 '암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '암'에 대한 보장개시일 >

④ 제3항에도 불구하고 제14조(보장의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암'에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

⑤ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 암으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도 '보험금 지급기간'이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암치료비지원금을 보장합니다.

⑥ 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제10조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

### 제11조 (보장의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 보장의 계약일부터 '암'에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'으로 진단확정된 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

### 제12조 (보장의 소멸)

피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 암으로 최초 진단확정 받고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보험금 지급기간이 경과하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제13조 (제2회 이후 보장 보험료의 납입)

① 이 보장의 제2회 이후 보장보험료의 납입은 보통약관 제36조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 암으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후부터 이 보장의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

### 제14조 (보장의 자동갱신)

**<이 특별약관의 보장을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 보장의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 보장의 보험기간 종료일의 전일까지

별도의 의사표시가 없을 때에는 이 보장을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**
갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세
⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

⑧ 제1항 내지 제7항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 암으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

## 제15조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제12조(보장의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

## 제16조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'에 대하여 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

## 제17조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-139-4. 암치료비지원금(5백만원이상1천만원미만,종합병원)(간편건강고지)보장
## 2-140-4. 암치료비지원금(5백만원이상1천만원미만,종합병원)(간편건강고지)(갱신형)보장

### 제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항 및 제4항에서 정한 보장개시일 이후 '암'으로 최초 진단확정 되고, '보험금 지급기간' 이내에 종합병원에서 '암'으로 암 주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받아 '연간 암주요치료비 총액'이 5백만원이상 1천만원미만인 경우 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 암치료비지원금은 최초 진단확정일로부터 최대 10년간, 연간 1회를 한도로 지급(최대 10회 지급) 합니다.

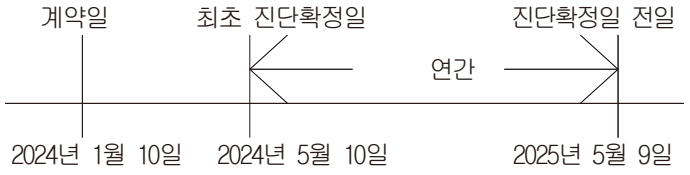
<table>
<tr><th colspan="2">보험금의 종류</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>암<br>치료비<br>지원금</td><td>종합병원에서 암주요치료를 받아 '연간 암주요치료비 총액'이 5백만원 이상이고, 1천만원 미만 경우(단, 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회한도 (최대10회))</td><td>
<table>
<tr><th>연간 암주요 치료비총액</th><th>구간별 지급금액</th><th>총 지급금액 (구간별 지급액 합계)</th></tr>
<tr><td>5백만원 이상 1천만원 미만</td><td>보험 가입금액의 50%</td><td>이 보장 보험가입금액의 50%</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

② 제1항에서 보험금 지급기간이라 함은 암 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

③ 제1항에서 연간 이라 함은 '암' 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 '매년 진단확정일'이라 합니다)의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단확정일로 합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >




### 제2조 (암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② '암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는

증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

**< '제2항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

· '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

· '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

· '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

④ 제2항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (암 주요치료의 정의)**

① 이 보장에서 '암 주요치료'라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료를 말합니다.

② '암 주요치료'에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제
5. 제1호 내지 제4호 이외의 '암 주요치료'에 해당되지 않는 비용 (진찰료,입원료,마취료,검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 '암 주요치료'로 봅니다.

【 관련법규】

**< 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호>**

3. '말기환자'란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

**제4조 (암주요치료비 등의 정의)**

① 보장에서 '암주요치료비'라 함은 제3조(암주요치료의 정의)에 따른 암주요치료를 받고 해당 치료로 인해 발생한 비용 중 국민건강보험법에서 정한 요양급여 및 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금에 해당하는 금액(이하 '급여의료비 본인부담금'이라 합니다)과 비급여 금액(이하 '비급여의료비 본인부담금'이라 합니다)의 합계액을 말합니다.

**【 용어해설 】**

**< 급여 >**
국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차에 따라 급여항목이 발생한 경우로 국민건강보험공단부담금 및 본인부담금을 합한 금액을 말합니다.

**< 본인부담금 >**
본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.

**< 비급여 >**
국민건강보험법 또는 의료급여법에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험법 또는 의료급여법에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

② 제1항에서 '암주요치료비'는 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에서 행한 의료행위로 인하여 발생한 금액에 한합니다.

③ 제1항의 '암주요치료비' 중 암수술치료비는 암수술로 인해 발생하는 비용으로 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용을 말합니다.

④ 제1항의 '암주요치료비' 중 항암약물치료비는 항암약물치료로 인해 발생한 비용으로 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 항암제 범위에서 제외됩니다.

⑤ 제1항의 '암주요치료비' 중 항암방사선치료비는 항암방사선치료로 인해 발생한 비용으로 진료비 세부 내역서의 방사선치료료를 말합니다. 방사선치료료에는 방사선 모의치료, 방사선 치료계획, 방사선 치료가 포함됩니다.

**【 진료비 세부 내역서】**

진료비 세부 내역서란 병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

⑥ 제3항내지 제5항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료로 인해 호스피스완화의료(정액수가)가 발생한 경우 호스피스완화의료(정액수가)를 제1항의 '암주요치료비'에 포함합니다.

⑦ 제1항의 '급여의료비 본인부담금' 및 '비급여의료비 본인부담금'은 아래의 사유로 감면 받은 경우도 감면 전 본인부담금을 기준으로 합니다.

1. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나(다만, 제도 등에 따른 의료비 감면으로 감면 전 금액을 확인할 수 없는 경우에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 합니다.) 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)
2. 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우
3. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
4. 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우

⑧ 제1항의 '급여의료비 본인부담금'은 아래 내용에 해당하는 금액을 포함하여 계산합니다.

1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민

건강보험 관련법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)

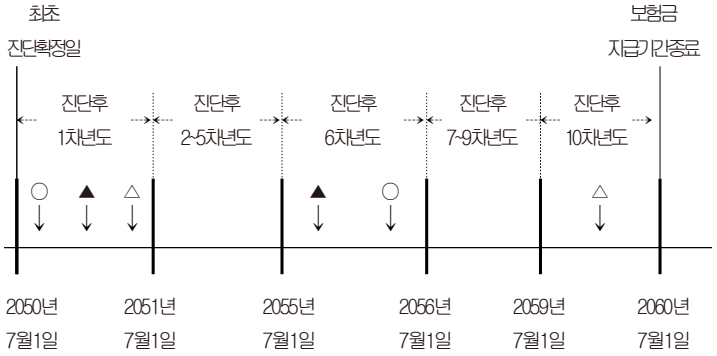
2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)

⑨ 이 보장에서 '연간 암주요치료비 총액'이라 함은 연간 발생한 '암주요치료비'를 합산한 금액을 말합니다.

**【 예시안내 】**

**<연간 암주요치료비 총액 및 암치료비지원금 지급금액 예시>**

· 보험가입금액 1,000만원 기준, 30년만기
· 계약일 : 2024년 7월 1일
· 위의 악성신생물(C16) 최초진단 확정일 : 2050.7월 1일
· 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2052.8월 1일




○: 암수술, ▲ : 항암약물치료, △ : 항암방사선치료

※ 2050년 7월1일 위의 악성신생물(C16) 최초 진단 이후 위의 악성신생물(C16)이외의 암을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2050년 7월1일로부터 10년입니다.

① 진단후 1차년도
연간 암주요치료비 총액 = 암수술(300만원) + 항암방사선치료(100만원)+항암약물치료(200만원) = 600만원
☞ **암치료비지원금 = 500만원**

② 진단후 2~5차년도 : 암주요치료 미발생
☞ **암치료비지원금 미발생**

③ 진단후 6차년도
연간 암주요치료비 총액 = 항암약물치료(100만원) + 암수술(200만원) = 300만원
☞ **연간 암주요치료비 5백만원 미만으로 암치료비지원금 미발생**

④ 진단후 7~9차년도 : 암주요치료 미발생
☞ **암치료비지원금 미발생**

⑤ 진단후 10차년도
연간 암주요치료비 총액 = 항암방사선치료(1,100만원) = 1,100만원
☞ **연간 암주요치료비 1천만원 이상으로 암치료비지원금 미발생**

## 제5조 (암수술 등의 정의)

① 이 보장에서 '암수술'이라 함은 암의 치료를 직접적인 목적으로 '수술'을 받는 것을 말합니다.

② 제1항의 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 '종합병원'에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【 용어해설 】

**< 신의료기술평가위원회 >**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

【 예시안내 】

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

⑥ 제1항 내지 제4항의 '수술'은 '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제외합니다.

**제6조 (항암약물치료의 정의)**

이 보장에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

**제7조 (항암방사선치료의 정의)**

이 보장에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

**제8조 (종합병원의 정의)**

이 보장에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【 관련법규 】

**< 의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건 >**

- 100개 이상의 병상을 갖추어야 함
- 100병상 이상 300병상 이하인 경우 내과 · 외과 · 소아청소년과 · 산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 상기의 진료과목에 대해서는 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함

**제9조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제4조(암주요치료비 등의 정의) 제9항에도 불구하고 보험수익자가 매년 진단확정일 전일 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 '연간 암주요치료비 총액'을 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 해당 보험금 청구일 이후 '연간 암주요치료비 총액'이 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다.

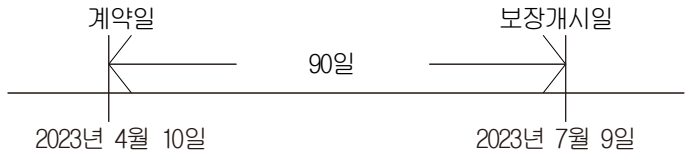
한편, 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금 보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.

② 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유)의 암치료비지원금의 전부 또는 일부를 지급하지 않을 수 있습니다.

③ 이 보장에서 '암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '암'에 대한 보장개시일 >




④ 제3항에도 불구하고 제14조(보장의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암'에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

⑤ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 암으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도 '보험금 지급기간'이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암치료비지원금을 보장합니다.

⑥ 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제10조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

### 제11조 (보장의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 보장의 계약일부터 '암'에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'으로 진단확정된 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

### 제12조 (보장의 소멸)

피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 암으로 최초 진단확정 받고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보험금 지급기간이 경과하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제13조 (제2회 이후 보장 보험료의 납입)

① 이 보장의 제2회 이후 보장보험료의 납입은 보통약관 제36조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 암으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후부터 이 보장의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

### 제14조 (보장의 자동갱신)

**<이 특별약관의 보장을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 보장의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 보장의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 보장을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

⑧ 제1항 내지 제7항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 암으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

### 제15조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제12조(보장의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

### 제16조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'에 대하여 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제17조 (준용규정)

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-139-5. 암치료비지원금(1억1천만원이상,종합병원)(간편건강고지)보장
## 2-140-5. 암치료비지원금(1억1천만원이상,종합병원)(간편건강고지)(갱신형)보장

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항 및 제4항에서 정한 보장개시일 이후 '암'으로 최초 진단확정 되고, '보험금 지급기간'이내에 종합병원에서 '암'으로 암 주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받아 '연간 암주요치료비 총액'이 1억1천만원 이상인 경우 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 암치료비지원금은 최초 진단확정일로부터 최대 10년간, 연간 1회를 한도로 지급(최대 10회 지급) 합니다.

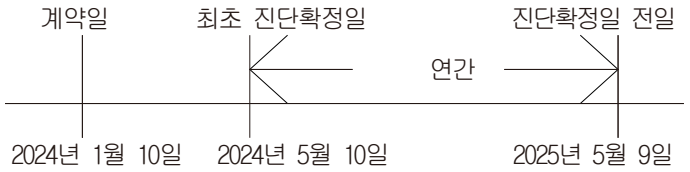
| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| 암 치료비 지원금 | 종합병원에서 암주요치료를 받아 '연간 암주요치료비 총액'이 1억1천만원 이상인 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회한도 (최대10회)) | 연간 암주요 치료비총액 | 구간별 지급금액 | 총 지급금액 (구간별 지급액 합계) |
| | | 1억 1천만원 이상 | 암주요 치료비총액에 따라, 각 구간별 | 이 보장 보험가입금액의 100% |
| | | 1억 2천만원 이상 | | 이 보장 보험가입금액의 200% |
| | | 1억 3천만원 이상 | | 이 보장 보험가입금액의 300% |
| | | 1억 4천만원 이상 | | 이 보장 보험가입금액의 400% |
| | | 1억 5천만원 이상 | | 이 보장 보험가입금액의 500% |

② 제1항에서 보험금 지급기간이라 함은 암 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.

③ 제1항에서 연간 이라 함은 '암' 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 '매년 진단확정일'이라 합니다)의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단확정일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단확정일로 합니다.

【 예시안내 】

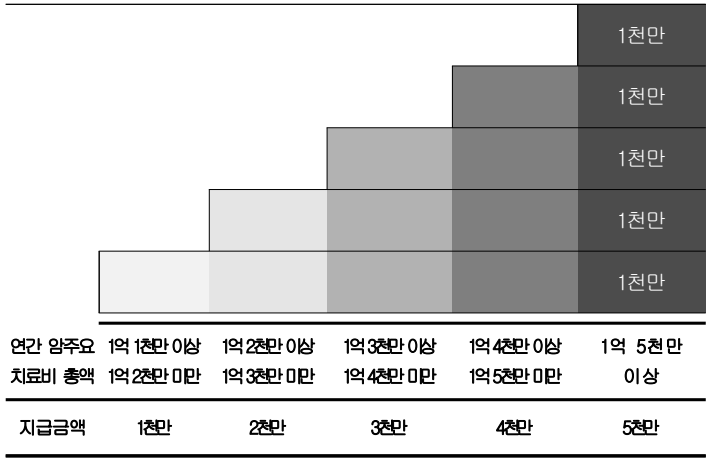
< 연간에 대한 예시 >



【 예시안내 】

< 암치료비지원금 지급금액 예시, 보험가입금액 1,000만원 기준>

| 연간 암주요치료비 총액 | 11,000만 이상 | 12,000만 이상 | 13,000만 이상 | 14,000만 이상 | 15,000만 이상 |
|---|---|---|---|---|---|
| 구간별 지급금액 | 1,000만 | 1,000만 | 1,000만 | 1,000만 | 1,000만 |
| **총 지급금액** | **1,000만** | **2,000만** | **3,000만** | **4,000만** | **5,000만** |




○ 암진단 1차년도에 연간 암주요치료비 총액 12,500만원 발생시

☞ 암치료비지원금 2,000만원 지급 (각 연간 암주요치료비 총액 구간별 가입금액 합산)

## 제2조 (암의 정의 및 진단확정)

① 이 보장에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② '암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

**< '제2항에 따른 진단방법이 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

【 유의사항 】

한국표준질병사인분류 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>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이

차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

④ 제2항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (암 주요치료의 정의)**

① 이 보장에서 ‘암 주요치료’라 함은 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료를 말합니다.

② ‘암 주요치료’에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제
5. 제1호 내지 제4호 이외의 ‘암 주요치료’에 해당되지 않는 비용(진찰료,입원료,마취료,검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 ‘암 주요치료’로 봅니다.

**【 관련법규】**

**< 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호>**

3. ‘말기환자’란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

**제4조 (암주요치료비 등의 정의)**

① 보장에서 ‘암주요치료비’라 함은 제3조(암주요치료의 정의)에 따른 암주요치료를 받고 해당 치료로 인해 발생한 비용 중 국민건강보험법에서 정한 요양급여 및 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금에 해당하는 금액(이하 ‘급여의료비 본인부담금’이라 합니다)과 비급여 금액(이하 ‘비급여의료비 본인부담금’이라 합니다)의 합계액을 말합니다.

【 용어해설 】

< 급여 >
국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차에 따라 급여항목이 발생한 경우로 국민건강보험 공단부담금 및 본인부담금을 합한 금액을 말합니다.

< 본인부담금 >
본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.

< 비급여 >
국민건강보험법 또는 의료급여법에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험법 또는 의료급여법에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

② 제1항에서 '암주요치료비'는 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에서 행한 의료행위로 인하여 발생한 금액에 한합니다.

③ 제1항의 '암주요치료비' 중 암수술치료비는 암수술로 인해 발생하는 비용으로 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용을 말합니다.

④ 제1항의 '암주요치료비' 중 항암약물치료비는 항암약물치료로 인해 발생한 비용으로 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 항암제 범위에서 제외됩니다.

⑤ 제1항의 '암주요치료비' 중 항암방사선치료비는 항암방사선치료로 인해 발생한 비용으로 진료비 세부 내역서의 방사선치료료를 말합니다. 방사선치료료에는 방사선 모의치료, 방사선 치료계획, 방사선 치료가 포함됩니다.

【 진료비 세부 내역서】

진료비 세부 내역서란 병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

⑥ 제3항내지 제5항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료로 인해 호스피스완화의료(정액수가)가 발생한 경우 호스피스완화의료(정액수가)를 제1항의 '암주요치료비'에 포함합니다.

⑦ 제1항의 '급여의료비 본인부담금' 및 '비급여의료비 본인부담금'은 아래의 사유로 감면 받은 경우도 감면 전 본인부담금을 기준으로 합니다.
1. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나(다만, 제도 등에 따른 의료비 감면으로 감면 전 금액을 확인할 수 없는 경우에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 합니다.) 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)
2. 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우
3. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
4. 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우

⑧ 제1항의 '급여의료비 본인부담금'은 아래 내용에 해당하는 금액을 포함하여 계산합니다.
1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부

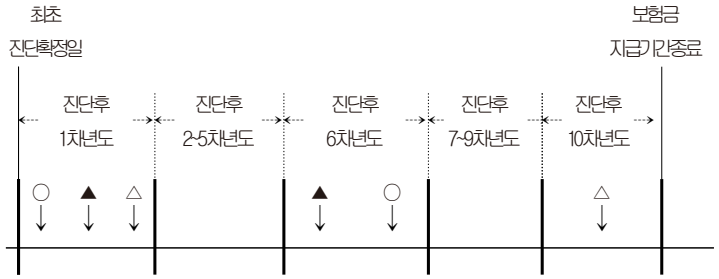
담금 상한제)

⑨ 이 보장에서 ‘연간 암주요치료비 총액’이라 함은 연간 발생한 ‘암주요치료비’를 합산한 금액을 말합니다.

【 예시안내 】

**<연간 암주요치료비 총액 및 암치료비지원금 지급금액 예시>**

· 보험가입금액 1,000만원 기준, 30년만기
· 계약일 : 2024년 7월 1일
· 위의 악성신생물(C16) 최초진단 확정일 : 2050.7월 1일
· 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2052.8월 1일




○: 암수술, ▲ : 항암약물치료, △ : 항암방사선치료

※ 2050년 7월1일 위의 악성신생물(C16) 최초 진단 이후 위의 악성신생물(C16)이외의 암을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2050년 7월1일로부터 10년입니다.

① 진단후 1차년도
연간 암주요치료비 총액 = 암수술(1,500만원) + 항암방사선치료(5,000만원) + 항암약물치료(10,000만원) = 16,500만원
☞ **암치료비지원금 = 5,000만원**

② 진단후 2~5차년도 : 암주요치료 미발생
☞ **암치료비지원금 미발생**

③ 진단후 6차년도
연간 암주요치료비 총액 = 항암약물치료(9,000만원)+암수술(2,500만원)=11,500만원
☞ **암치료비지원금 = 1,000만원**

④ 진단후 7~9차년도 : 암주요치료 미발생
☞ **암치료비지원금 미발생**

⑤ 진단후 10차년도
연간 암주요치료비 총액 = 항암방사선치료(1억 500만원) = 1억 500만원
☞ **연간 암주요치료비 1억 1천만원 미만으로 암치료비지원금 미발생**

**제5조 (암수술 등의 정의)**

① 이 보장에서 '암수술'이라 함은 암의 치료를 직접적인 목적으로 '수술'을 받는 것을 말합니다.

② 제1항의 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 '종합병원'에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

**< 신의료기술평가위원회 >**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**【 예시안내 】**

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

⑥ 제1항 내지 제4항의 '수술'은 '항암방사선치료'와 '항암약물치료'는 제외합니다.

**제6조 (항암약물치료의 정의)**

이 보장에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

**제7조 (항암방사선치료의 정의)**

이 보장에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

**제8조 (종합병원의 정의)**

이 보장에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【 관련법규 】

< 의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건 >

- 100개 이상의 병상을 갖추어야 함
- 100병상 이상 300병상 이하인 경우 내과 · 외과 · 소아청소년과 · 산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 상기의 진료과목에 대해서는 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함

**제9조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제4조(암주요치료비 등의 정의) 제9항에도 불구하고 보험수익자가 매년 진단확정일 전일 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 '연간 암주요치료비 총액'을 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 해당 보험금 청구일 이후 '연간 암주요치료비 총액'이 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다.
한편, 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금 보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.

② 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유)의 암치료비지원금의 전부 또는 일부를 지급하지 않을 수 있습니다.

③ 이 보장에서 '암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '암'에 대한 보장개시일 >

④ 제3항에도 불구하고 제14조(보장의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암'에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

⑤ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 암으로 최초 진단확정 받고 보험기간이 만료되더라도 '보험금 지급기간'이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암치료비지원금을 보장합니다.

⑥ 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제10조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제11조 (보장의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 보장의 계약일부터 '암'에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'으로 진단확정된 경우에는 이 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 보장의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제12조 (보장의 소멸)**

피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 암으로 최초 진단확정 받고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보험금 지급기간이 경과하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제13조 (제2회 이후 보장 보험료의 납입)**

① 이 보장의 제2회 이후 보장보험료의 납입은 보통약관 제36조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 암으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후부터 이 보장의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

**제14조 (보장의 자동갱신)**

**<이 특별약관의 보장을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 보장의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 보장의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 보장을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

⑧ 제1항 내지 제7항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 암으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

**제15조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제12조(보장의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제16조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'에 대하여 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제17조 (준용규정)**

이 보장에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-141 특정질환로봇수술(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '특정 자궁및난소질환'으로 진단확정되고, 그 '특정 자궁및난소질환'의 치료를 직접적인 목적으로 로봇수술을 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 로봇수술(특정 자궁및난소질환) 보험금 | '특정 자궁및난소질환'으로 진단받고 '로봇수술'을 받은 경우 | 이 보장 보험가입금액의 50% | 이 보장 보험가입금액의 100% | |

② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '특정 전립선및방광질환'으로 진단확정되고, 그 '특정 전립선및방광질환'의 치료를 직접적인 목적으로 로봇수술을 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 로봇수술(특정 전립선및방광질환) 보험금 | '특정 전립선및방광질환'으로 진단받고 '로봇수술'을 받은 경우 | 이 보장 보험가입금액의 50% | 이 보장 보험가입금액의 100% | |

③ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '특정 내분비및소화계질환'으로 진단확정되고, 그 '특정 내분비및소화계질환'의 치료를 직접적인 목적으로 로봇수술을 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 로봇수술(특정 내분비및소화계질환) 보험금 | '특정 내분비및소화계질환'으로 진단받고 '로봇수술'을 받은 경우 | 이 보장 보험가입금액의 50% | 이 보장 보험가입금액의 100% | |

**제2조(특정 자궁및난소질환 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '특정 자궁및난소질환'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표78] '특정 자궁및난소질환 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특약에서 '특정 전립선및방광질환'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표79] '특정 전립선및방광질환 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 '특정 내분비및소화계질환'이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표80] '특정 내분비및소화계질환 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 '로봇수술'이라 함은 질병의 직접적인 치료를 목적으로 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 아래의 '로봇수술 분류표'에 해당하는 진료행위를 말합니다.

| 대상이 되는 의료행위 | 의료행위 수가코드 |
|---|---|
| 1. 로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기 da Vinci ® | QZ961 |
| 2. 로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 레보아이 기기 Revo-i | QZ964 |

⑤ 제4항의 진료행위에 해당하지 않더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기 또는 레보아이(Revo-i)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 "로봇수술"을 받은 것으로 봅니다.

⑥ 제4항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '로봇수술'에 준하여 보장 여부를 결정합니다.

⑦ 제4항 내지 제6항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제4항에서 정한 '로봇수술' 외에 '로봇수술'에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

**제3조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

**[신의료기술평가위원회]**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**【 예시안내 】**

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

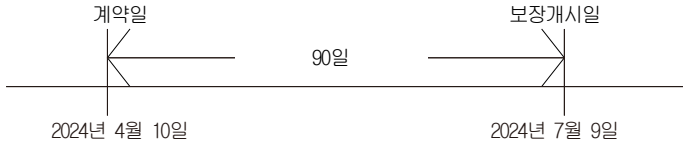
⑤ 제1항 내지 제3항의 ‘수술’은 ‘항암방사선치료’와 ‘항암약물치료’는 제외합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 보장에서 ‘특정 자궁및난소질환’, ‘특정 전립선및방광질환’ 및 ‘특정 내분비및소화계질환’에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< ‘특정 자궁및난소질환’, ‘특정 전립선및방광질환’ 및 ‘특정 내분비및소화계질환’에 대한 보장개시일 >




② 제1항에도 불구하고 제11조(보장의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘특정 자궁및난소질환’, ‘특정 전립선및방광질환’ 및 ‘특정 내분비및소화계질환에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

③ 항암방사선치료와 항암약물치료는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 수술보험금이 지급되지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서( ‘건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)’ 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명 사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

**제7조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘특정 자궁및난소질환’, ‘특정 전립선및방광질환’ 및 ‘특정 내분비및소화계질환’에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘특정 자궁및난소질환’, ‘특정 전립선및방광질환’ 및 ‘특정 내분비및소화계질환’으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제8조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제9조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제8조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제10조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제40조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ''특정 자궁및난소질환', '특정 전립선및방광질환' 및 '특정 내분비및소화계질환'에 대하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제11조 (특약의 자동갱신)**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**
갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세
⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는

계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제12조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제13조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-142 혈전용해치료비Ⅱ(최초1회한)(간편건강고지) 보장 특별약관 / 혈전용해치료비Ⅱ(최초1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '뇌졸중'으로 진단확정되고, 그 '뇌졸중'의 치료를 직접적인 목적으로 '혈전용해치료'를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 뇌졸중 혈전용해치료비 | '뇌졸중'으로 '혈전용해치료'를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액 |

② 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 '특정심장질환'으로 진단확정되고, 그 '특정심장질환'의 치료를 직접적인 목적으로 '혈전용해치료'를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 특정심장질환 혈전용해치료비 | '특정심장질환'으로 '혈전용해치료'를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액 |

**제2조 (뇌졸중 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '뇌졸중'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 '뇌졸중 분류표'에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 거미막하출혈 | I60 |
| 2. 뇌내출혈 | I61 |
| 3. 기타 비외상성 두개내 출혈 | I62 |
| 4. 뇌경색증 | I63 |
| 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 | I65 |
| 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착 | I66 |

② 이 특약에서 '특정심장질환'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 '특정심장질환 분류표'에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 협심증 | I20 |
| 2. 급성심근경색증 | I21 |
| 3. 후속 심근경색증 | I22 |
| 4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증 | I23 |
| 5. 오래된 심근경색증 | I25.2 |

③ '뇌졸중' 및 '특정심장질환'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.
단, '뇌졸중'의 진단확정은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고 '특정심장질환'의 진단확정은 병력·증상과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 보험기간 중 '뇌졸중' 또는 '특정심장질환'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 '뇌졸중' 또는 '특정심장질환'으로 확정되거나 추정되는 경우

④ 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

⑤ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑥ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑦ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

**제3조 (혈전용해치료의 정의)**

① 이 특약에서 '혈전용해치료'라 함은 의사가 '뇌졸중', '특정심장질환' 의 직접적인 치료를 목적으로 '혈전용해제'를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항의 '혈전용해제'라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물 (tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

③ 제2항의 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해 치료에서 제외됩니다.

**제4조 (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.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

① 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 뇌졸중 혈전용해치료비 지급사유가 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 제1항 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 특정심장질환 혈전용해치료비 지급사유가 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 제2항 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**
갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세
⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제9조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제10조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-143 혈전용해치료비Ⅲ(최초1회한)(간편건강고지) 보장 특별약관 / 혈전용해치료비Ⅲ(최초1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 '특정순환계질환Ⅰ'으로 진단확정되고, 그 '특정순환계질환Ⅰ'의 치료를 직접적인 목적으로 '혈전용해치료'를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 특정순환계질환Ⅰ 혈전용해치료비 | '특정순환계질환Ⅰ'으로 '혈전용해치료'를 받은 경우 | 이 보장의 보험가입금액 |

**제2조 (특정순환계질환Ⅰ의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '특정순환계질환Ⅰ'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표81] '특정순환계질환Ⅰ 분류표'에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당여부를 판단합니다.

② '특정순환계질환Ⅰ'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 보험기간 중 '특정순환계질환Ⅰ'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 '특정순환계질환Ⅰ'으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

④ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑥ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

**제3조 (혈전용해치료의 정의)**

① 이 특약에서 '혈전용해치료'라 함은 의사가 '뇌졸중', '특정심장질환' 또는 '특정순환계질환Ⅰ'의 직접적인 치료를 목적으로 '혈전용해제'를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항의 '혈전용해제'라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물 (tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

③ 제2항의 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해 치료에서 제외됩니다.

**제4조 (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.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

① 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정순환계질환Ⅰ 혈전용해치료비 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >
갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세
⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.
⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제9조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.
② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제10조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-144 혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)(간편건강고지) 보장 특별약관 / 혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '뇌졸중'으로 진단확정되고, 그 '뇌졸중'의 치료를 직접적인 목적으로 '혈전용해치료'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 뇌졸중 혈전용해치료비 | '뇌졸중'으로 '혈전용해치료'를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액 |

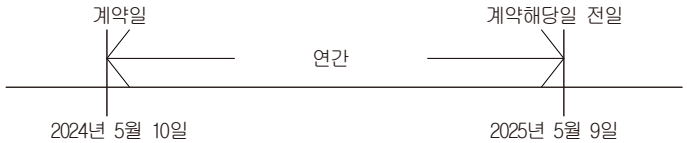
② 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 '특정심장질환'으로 진단확정되고, 그 '특정심장질환'의 치료를 직접적인 목적으로 '혈전용해치료'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 특정심장질환 혈전용해치료비 | '특정심장질환'으로 '혈전용해치료'를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액 |

③ 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >




**제2조 (뇌졸중 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '뇌졸중'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 '뇌졸중 분류표'에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 거미막하출혈 | I60 |
| 2. 뇌내출혈 | I61 |
| 3. 기타 비외상성 두개내 출혈 | I62 |
| 4. 뇌경색증 | I63 |
| 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 | I65 |
| 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착 | I66 |

② 이 특약에서 '특정심장질환'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 '특정심장질환 분류표'에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 협심증 | I20 |
| 2. 급성심근경색증 | I21 |
| 3. 후속 심근경색증 | I22 |
| 4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증 | I23 |
| 5. 오래된 심근경색증 | I25.2 |

③ '뇌졸중' 및 '특정심장질환'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.
단, '뇌졸중'의 진단확정은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고 '특정심장질환'의 진단확정은 병력·증상과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 보험기간 중 '뇌졸중' 또는 '특정심장질환'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 '뇌졸중' 또는 '특정심장질환'으로 확정되거나 추정되는 경우

④ 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

⑤ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑥ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
⑦ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

**제3조 (혈전용해치료의 정의)**
① 이 특약에서 '혈전용해치료'라 함은 의사가 '뇌졸중', '특정심장질환' 의 직접적인 치료를 목적으로 '혈전용해제'를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
② 제1항의 '혈전용해제'라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물 (tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.
③ 제2항의 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해 치료에서 제외됩니다.

**제4조 (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.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**
이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**
피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**
① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (특약의 자동갱신)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**
① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제9조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제10조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-145 혈전용해치료비Ⅲ(연간1회한)(간편건강고지) 보장 특별약관 / 혈전용해치료비Ⅲ(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

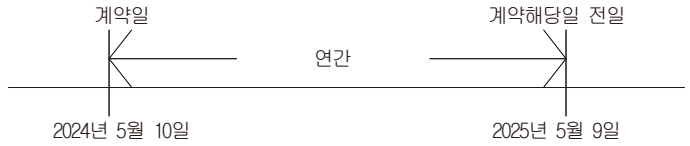
① 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 '특정순환계질환Ⅰ'으로 진단확정되고, 그 '특정순환계질환Ⅰ'의 치료를 직접적인 목적으로 '혈전용해치료'를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 특정순환계질환Ⅰ 혈전용해치료비 | '특정순환계질환Ⅰ'으로 '혈전용해치료'를 받은 경우 | 이 보장의 보험가입금액 |

④ 제1항 내지 제3항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >




**제2조 (특정순환계질환Ⅰ의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '특정순환계질환Ⅰ'이라 함은 제8차 한국표준질병사인

분류에 있어서 [별표81] '특정순환계질환Ⅰ 분류표'에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당여부를 판단합니다.

② '특정순환계질환Ⅰ'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 보험기간 중 '특정순환계질환Ⅰ'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 '특정순환계질환Ⅰ'으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

④ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑥ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

**제3조 (혈전용해치료의 정의)**

① 이 특약에서 '혈전용해치료'라 함은 의사가 '뇌졸중', '특정심장질환' 또는 '특정순환계질환Ⅰ'의 직접적인 치료를 목적으로 '혈전용해제'를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항의 '혈전용해제'라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물 (tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

③ 제2항의 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해 치료에서 제외됩니다.

**제4조 (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.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약' 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.
③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이' 라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >
갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세
⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.
⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제8조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.
② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제9조 (준용규정)**
이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-146 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ)특정재활치료(1일1회,연간 90회한,급여)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '심·뇌혈관질환(특정Ⅲ)' 으로 진단확정되고 병원에 입원중에 '급여 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 특정재활치료Ⅰ' (이하 '입원 급여 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 특정재활치료Ⅰ '라 합니다.)를 받은 경우 또는 통원하여 '급여 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 특정재활치료Ⅰ' (이하 '외래 급여 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 특정재활치료Ⅰ '라 합니다.)를 받은 경우에는 각각 1일 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관' 은 '특약', '이 특별약관의 보험기간' 은 '보험기간' 이라 합

니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | 지급한도 |
|---|---|---|---|
| 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 특정재활치료Ⅰ(급여)보험금 | '심·뇌혈관질환(특정Ⅲ)'으로 입원 또는 통원하여 '급여 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 특정재활치료Ⅰ'를 받은 경우 | 이 보장의 보험가입금액 | 연간 90회한(각각 1일 1회한) |

② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '심·뇌혈관질환(특정Ⅲ)'으로 진단확정되고 병원에 입원중에 '급여 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 특정재활치료Ⅱ'(이하 '입원 급여 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 특정재활치료Ⅱ'라 합니다.)를 받은 경우 또는 통원하여 '급여 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 특정재활치료Ⅱ'(이하 '외래 급여 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 특정재활치료Ⅱ'라 합니다.)를 받은 경우에는 각각 1일 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | 지급한도 |
|---|---|---|---|
| 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 특정재활치료Ⅱ(급여)보험금 | '심·뇌혈관질환(특정Ⅲ)'으로 입원 또는 통원하여 '급여 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 특정재활치료Ⅱ'를 받은 경우 | 이 보장의 보험가입금액 | 연간 90회한(각각 1일 1회한) |

③ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '심·뇌혈관질환(특정Ⅲ)'으로 진단확정되고 병원에 입원중에 '급여 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 특정재활치료Ⅲ'(이하 '입원 급여 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 특정재활치료Ⅲ'라 합니다.)를 받은 경우 또는 통원하여 '급여 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 특정재활치료Ⅲ'(이하 '외래 급여 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 특정재활치료Ⅲ'라 합니다.)를 받은 경우에는 각각 1일 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

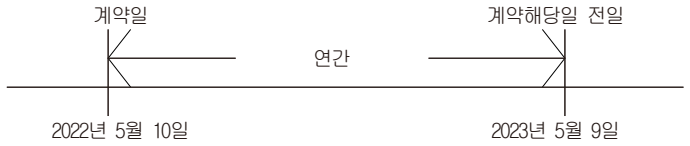
| 보험금의 종류 | | 지급금액 | 지급한도 |
|---|---|---|---|
| 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 특정재활치료Ⅲ(급여)보험금 | '심·뇌혈관질환(특정Ⅲ)'으로 입원 또는 통원하여 '급여 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 특정재활치료Ⅲ'를 받은 경우 | 이 보장의 보험가입금액 | 연간 90회한(각각 1일 1회한) |

④ 제1항의 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 특정재활치료Ⅰ(급여)보험금, 제2항의 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 특정재활치료Ⅱ(급여)보험금 및 제3항의 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 특정재활치료Ⅲ(급여)보험금은 연간 발생한 '입원 급여 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 특정재활치료' 와 '외래 급여 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 특정재활치료' 횟수를 합산하여 각각 연간 최대 90회 한도로 지급합니다.

⑤ 제4항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >




**제2조 (심·뇌혈관질환(특정Ⅲ)의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '심·뇌혈관질환(특정Ⅲ)'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표82] '심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

| 대상이 되는 질병 | | 분류번호 |
|---|---|---|
| 뇌혈관질환(II) | 1. 거미막하출혈 | I60 |
| | 2. 뇌내출혈 | I61 |
| | 3. 기타 비외상성 두개내 출혈 | I62 |
| | 4. 뇌경색증 | I63 |
| | 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 | I65 |
| | 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착 | I66 |
| 심혈관질환(특정III) | 1. 불안정협심증 | I20.0 |
| | 2. 연축의 기재가 있는 협심증 | I20.1 |
| | 3. 급성심근경색증 | I21 |
| | 4. 후속심근경색증 | I22 |
| | 5. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증 | I23 |
| | 6. 심근경색증을 유발하지 않은 관상동맥혈전증 | I24.0 |
| | 7. 드레슬러증후군 | I24.1 |
| | 8. 인공소생에 성공한 심장정지 | I46.0 |

② '심·뇌혈관질환(특정III)'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, '뇌혈관질환(II)'의 진단확정은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, '심혈관질환(특정III)'의 진단은 병력·증상과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 심·뇌혈관질환(특정III)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 심·뇌혈관질환(특정III)으로 확정되거나 추정되는 경우

**제3조 (심·뇌혈관질환(특정III) 특정재활치료 I 등의 정의)**

① 이 특약에서 '심·뇌혈관질환(특정III) 특정재활치료 I', '심·뇌혈관질환(특정III) 특정재활치료II' 및 '심·뇌혈관질환(특정III) 특정재활치료III'라 함은 병원 또는 의원의 의사면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료 목적의 심·뇌혈관질환(특정III) 치료 중, 심·뇌혈관질환(특정III) 치료 완료 후 심·뇌혈관질환(특정III)치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 전문재활인력이 진단, 평가 및 치료하여 신체적, 심리적, 사회적 상태를 최적의 수준으로 향상 및 유지하고 추후 발생할 수 있는 장기적 장애를 최소화시키는 과정을 말합니다.

② 이 특약에서 '급여 심·뇌혈관질환(특정III) 특정재활치료 I'라 함은 '심·뇌혈관질환(특정III)'의 치료를 목적으로 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 해당하는 아래의 진료행위가 발생한 경우를 말합니다.

| 대상이 되는 의료행위 | 의료행위 수가코드 |
|---|---|
| 단순운동치료[1일당] | MM101 |

③ 이 특약에서 '급여 심·뇌혈관질환(특정III) 특정재활치료II'라 함은 '심·뇌혈관질환(특정III)'의 치료를 목적으로 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 해당하는 아래의 진료행위가 발생한 경우를 말합니다.

| 대상이 되는 의료행위 | 의료행위 수가코드 |
|---|---|
| 운동치료-복합운동치료[1일당] | MM102 |
| 운동치료-등속성운동치료[1일당] | MM103 |
| 압박치료[1일당] | MM190 |
| 복합림프물리치료[1일당] | MM200 |

④ 이 특약에서 '급여 심·뇌혈관질환(특정III) 특정재활치료III'라 함은 '심·뇌혈관질환(특정III)'의 치료를 목적으로 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 해당하는 아래의 진료행위가 발생한 경우를 말합니다.

| 대상이 되는 의료행위 | 의료행위 수가코드 |
|---|---|
| 중추신경계발달재활치료 | MM105 |
| 작업치료-단순작업치료 | MM111 |
| 작업치료-복합작업치료 | MM112 |
| 작업치료-특수작업치료 | MM113 |
| 일상생활동작훈련치료[1일당] | MM114 |
| 기능적 전기자극치료 | MM151 |
| 재활기능치료-매트및이동치료 | MM301 |
| 재활기능치료-보행치료 | MM302 |
| 연하장애재활치료 | MX141 |
| 연하재활 기능적전기자극치료 | MZ008 |
| 심장재활 - 심장재활교육 | MM451 |
| 심장재활 - 심장재활평가 | MM452 |
| 심장재활 - 심장재활치료 | MM453 |
| 기립경사훈련[1일당] | MM460 |
| 재활기능치료-보행치료(뇌졸중 환자에게 로봇을 사용한 보행훈련) | MM304 |

⑤ 제2항 내지 제4항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 및 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '급여 심·뇌혈관질환(특정III) 특정재활치료 I/II/III'에 준하여 '급여 심·뇌혈관질환(특정III) 특정재활치료 I/II/III'를 결정합니다.

⑥ 제1항 내지 제5항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제2항 내지 제4항에서 정한 '급여 심·뇌혈관질환(특정III) 특정재활치료 I/II/III' 외에 '급여 심·뇌혈관질환(특정III) 특정재활치료 I/II/III'에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

**제4조 (입원 및 통원의 정의)**

① 이 특약에서 '입원'이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 '심·뇌혈관질환(특정III)'의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특약에서 '통원'이라 함은 의사에 의하여 '심·뇌혈관질환(특정III)'의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**【 유의사항 】**

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 다음 각 호의 경우에는 '입원 급여 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 특정재활치료Ⅰ/Ⅱ/Ⅲ'와 '외래 급여 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 특정재활치료Ⅰ/Ⅱ/Ⅲ' 각각에 대해 1일 1회에 한하여 보장합니다.

1. 피보험자가 동일한 날에 '입원 급여 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 특정재활치료Ⅰ/Ⅱ/Ⅲ'를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 '외래 급여 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 특정재활치료Ⅰ/Ⅱ/Ⅲ'를 받은 경우
2. 피보험자가 동일한 날에 '외래 급여 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 특정재활치료Ⅰ/Ⅱ/Ⅲ'를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 '입원 급여 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 특정재활치료Ⅰ/Ⅱ/Ⅲ'를 받은 경우

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제3항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【 예시안내 】

< 예시1 >

병원에 통원하여 단순운동치료(MM101)과 운동치료-복합운동치료(MM102), 재활기능치료-보행치료(MM302) 재활치료를 받은 경우

⇒ 보험가입금액 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ)특정재활치료Ⅰ(급여)보험금, 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ)특정재활치료Ⅱ(급여)보험금, 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ)특정재활치료Ⅲ(급여)보험금 **각1회 지급**

< 예시2 >

병원에 통원하여 운동치료-복합운동치료(MM102) 재활치료를 받고, 그 날 입원하여 압박치료(MM190)와 복합림프물리치료(MM200) 재활치료를 받은 경우

⇒ 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ)특정재활치료Ⅱ(급여)보험금 **2회** 지급 (외래 1회 + 입원 1회)

< 예시3 >

입원하여 80일간 급여 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 특정재활치료Ⅰ를 받고, 퇴원 후 병원에 통원하여 20일간 급여 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 특정재활치료Ⅰ를 받은 경우

⇒ 보험가입금액 **90회** 지급(입원과 외래를 각각 합산(100회)하여 연간 90회 한도)

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자

에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-147 2대질병입원중특정합병증진단(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '뇌출혈 및 뇌경색증 입원 중 폐렴II'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 뇌출혈 및 뇌경색증 입원중 폐렴 진단보험금 | '뇌출혈 및 뇌경색증 입원중 폐렴II'으로 진단 확정된 경우 | 이 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |

② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '급성심근경색증 입원 중 심부전'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 급성심근경색증 입원중 심부전 진단보험금 | '급성심근경색증 입원중 심부전'으로 진단 확정된 경우 | 이 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |

**제2조 (뇌출혈 및 뇌경색증 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '뇌출혈 및 뇌경색증'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표83] '뇌출혈 및 뇌경색증 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② '뇌출혈 및 뇌경색증'의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관

의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌출혈 및 뇌경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌출혈 및 뇌경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 이 특약에서 '폐렴II'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표84] '폐렴II 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

④ '폐렴II'의 진단 확정은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 흉부X선 검사, 혈액검사를 포함한 폐기능 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 폐렴의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 피보험자가 '폐렴II'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.

⑤ 이 특약에서 '급성심근경색증'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표16] '급성심근경색증 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ '급성심근경색증'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등 검사결과 상기 질환으로 진단할 수 있는 객관적인 이상 소견을 보이는 경우 진단합니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

⑦ 이 특약에서 '심부전'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표85] '심부전 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑧ '심부전'의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 흉부방사선검사, 심전도검사, 심장초음파검사, 생체표지자(나트륨이뇨펩티드 등) 검사 등을 기초로 하여야 합니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 심부전으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 심부전으로 확정되거나 추정되는 경우

그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단 확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

⑨ 이 특약에 있어서 '뇌출혈 및 뇌경색증 입원 중 폐렴II'이라 함은 '뇌출혈 및 뇌경색증'의 직접적인 치료를 목적으로 1일이상 입원 중 '폐렴II'으로 진단이 확정되는 경우를 의미합니다. 다만, '폐렴II'의 직접적인 치료를 목적으로 1일이상 입원 중 '뇌출혈 및 뇌경색증'으로 진단이 확정되는 경우도 포함합니다.

⑩ 이 특약에 있어서 '급성심근경색증 입원 중 심부전'이라 함은 '급성심근경색증'의 직접적인 치료를 목적으로 1일이상 입원 중 '심부전'으로 진단이 확정되는 경우를 의미합니다. 다만, '심부전'의 직접적인 치료를 목적으로 1일이상 입원 중 '급성심근경색증'으로 진단이 확정되는 경우도 포함합니다.

**제3조 (입원의 정의와 장소)**

이 특약에서 '입원'이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 '뇌출혈 및 뇌경색증', '폐렴II', '급성심근경색증' 또는 '심부전'의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**【 유의사항 】**

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 이 특약에 있어서 "입원 중"이라 함은 병원 등에 계속하여 입원하는 것을 의미합니다.

② 제1항에서 피보험자가 병원 등을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

다만, 회사가 제7조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 제3조 (입원의 정의와 장소)에도 불구하고 입원 후 1일이내에 '뇌출혈 및 뇌경색증', '폐렴II', '급성심근경색증' 또는 '심부전'을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조 (보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 진단보험금을 지급하여 드립니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

① 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 뇌출혈 및 뇌경색증 입원중 폐렴 진단보험금 지급사유가 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 제1항 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 급성심근경색증 입원중 심부전 진단보험금 지급사유가 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 제2항 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로

통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-148 3대질병전신마취수술(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후 '3대질병'으로 진단 확정되고, 그 '3대질병'의 직접적인 치료를 목적으로 전신마취를 하고 마취시간 6시간 이상의 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 3대질병 전신마취수술(6시간이상)보험금 | '3대질병'의 직접적인 치료를 목적으로 전신마취를 하고 마취시간 6시간 이상의 수술을 받은 경우 | 이 보장의 보험가입금액 |

② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후 '3대질병'으로 진단 확정되고, 그 '3대질병'의 직접적인 치료를 목적으로 전신마취를 하고 마취시간 4시간 이상의 수술을 받은 경우에는 수술1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 3대질병 전신마취수술(4시간이상)보험금 | '3대질병'의 직접적인 치료를 목적으로 전신마취를 하고 마취시간 4시간 이상의 수술을 받은 경우 | 이 보장의 보험가입금액 |

**제2조 (3대질병의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '3대질병'이라 함은 아래에서 정하는 '암'('유사암' 포함), '뇌혈관질환', '허혈심장질환'을 말합니다.

② 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

③ 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제4항에서 정한 '기타피부암', 제5항에서 정한 '갑상선암', 제6항에서 정한 '제자리암' 및 제7항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

④ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '제자리암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ 이 특약에서 '경계성종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑧ '암'('유사암' 포함) 및 '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle

aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑨ 제8항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【 예시안내 】**

**< '제8항에 따른 진단방법이 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

⑩ 제8항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**【 유의사항 】**

한국표준질병사인분류 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>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑪ 이 특약에서 '뇌혈관질환'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표15] '뇌혈관질환 분류표'에서 '뇌혈관질환'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑫ '뇌혈관질환'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수

없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

⑬ 이 특약에서 '허혈심장질환'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표17] '허혈심장질환 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑭ '허혈심장질환'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 허혈심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

### 제3조 ( '전신마취'의 정의와 장소)

① 이 특약에 있어서 "전신마취"라 함은 의사의 관리 하에 약물 등을 사용하여 전신을 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키기 위해 [별표86] '전신마취 의료행위 분류표'에서 정한 의료행위를 하는 것을 말하며 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 마취항목에서 급여항목으로 발생한 경우를 말합니다. 단, 단순 정맥마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등 신체의 특정 부위의 감각만을 차단하는마취 방법은 제외하며 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원 중 치과병원, 한방병원, 요양병원 및 의원급 의료기관에서의 전신마취는 제외합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '전신마취 의료행위'에 준하여 보장 여부를 결정합니다.

③ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 '전신마취 의료행위' 외에 '전신마취 의료행위'에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

**【 예시안내 】**

**< 마취관리기본 및 마취 유지 수가코드에 의한 마취시간 계산 예시 >**

① L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지주1)) 20회의 경우
: 60분 x 1회 + 15분 x 20회 = 360분
→ 마취시간 6시간 이상 및 4시간이상에 해당
② L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지주1)) 10회의 경우
: 60분 x 1회 + 15분 x 10회 = 210분
→ 마취시간 6시간 이상 및 4시간 이상에 해당되지 않음
주1) 마취유지 : 1시간을 초과하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매 15분 증가할때마다 산정

### 제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

【 용어해설 】

**[신의료기술평가위원회]**

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

【 예시안내 】

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**

· 체외 충격파 쇄석술
· 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
· 절개 또는 배농술
· 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
· 전기소작술
· IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

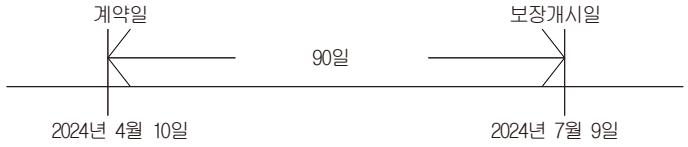
※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

## 제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보통약관 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 보장에서 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< ' '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 >




② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 '전신마취'는 수술 1회당 "마취시간"을 기준으로 보장하며, 2회 이상의 전신마취 수술을 받은 경우라 하더라도 각각의 마취시간을 더하여 보장하지 않습니다

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

## 제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병
2. 선천기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
3. 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
4. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
5. 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
6. 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
7. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

**제7조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'( '유사암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제8조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서 [사망진단서, 장해진단서, 입원증명서, 수술증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 진료비계산서 및 진료비세부내역서( '건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)' 필수기재), 전신마취 종류와 마취시간, 수술내용을 확인할 수 있는 마취기록지 및 수술기록지 등의 진료기록부, 각종사고 증명서류 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

**제9조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제9조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제11조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제40조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23

조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'( '유사암' 제외)에 대하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제12조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-149 전이암항암약물치료(치료당)(간편건강고지)보장특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항에서 정한 보장개시일 이후 '전이암'으로 진단확정되고, 그 '전이암'의 치료를 직접적인 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 '항암약물치료(주사제)'를 받은 경우에는 아래의 금액을 입원 또는 통원당 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 전이암의 항암약물치료보험금 (주사제) | '전이암'으로 '항암약물치료(주사제)'를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 '전이암'으로 진단확정되고, 그 '전이암'의 치료를 직접적인 목적으로 '항암약물치료(주사제 외)'를 받은 경우에는 아래의 금액을 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 전이암의 항암약물치료보험금 (주사제 외) | '전이암'으로 '항암약물치료(주사제 외)'를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |

③ 제2항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >

**제2조 ( '전이암' 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '전이암'이라 함은 제2항에서 정한 '림프절전이암' 및 제3항에서 정한 '특정전이암'을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '림프절전이암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표76] '전이암 분류표'에서 정한 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 '특정전이암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표76] "전이암 분류표"에서 정한 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)) 및 C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))을 말합니다.

④ '전이암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

이 경우 '전이암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '전이암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< '제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

### 제3조 (입원 등의 정의와 장소)

① 이 특약에서 '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 병원(요양병원 제외) 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 유의사항 】

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >
- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원,2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특약에서 '통원'이라 함은 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)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

### 제4조 (항암약물치료 등의 정의)

① 이 특약에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

② 이 특약에서 '주사제'라 함은 소화관 대신 피부, 점막 등 외부경계조직을 통해서 혈관, 근육, 장기, 조직, 병변 등에 직접적으로 투여하는 약제를 말합니다.

### 제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 입원은 피보험자가 퇴원없이 계속 입원한 경우 입원일수 및 항암약물치료(주사제) 치료횟수와 관계없이 1회로 봅니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금은 암의 치료를 위한 입원 또는 통원이라 하더라도 제4조(항암약물치료 등의 정의)의 항암약물치료에 해당하지 않거나 항암치료를 위하여 보조적인 약물을 투여한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따른 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

④ 보통약관 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 보장에서 '전이암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '전이암'에 대한 보장개시일 >

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

### 제7조 (특약의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '전이암'에 대한 보장개시일 전일 이전에 '전이암'으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

### 제8조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제9조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제8조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

### 제12조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 보통약관 제40조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '전이암'에 대하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제10조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-150 전이암항암약물치료(치료당)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 '전이암'으로 진단확정되고, 그 '전이암'의 치료를 직접적인 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 '항암약물치료(주사제)'를 받은 경우에는 아래의 금액을 입원 또는 통원당 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 전이암의 항암약물치료보험금 (주사제) | '전이암'으로 '항암약물치료(주사제)'를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 '전이암'으로 진단확정되고, 그 '전이암'의 치료를 직접적인 목적으로 '항암약물치료(주사제 외)'를 받은 경우에는 아래의 금액을 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 전이암의 항암약물치료보험금 (주사제 외) | '전이암'으로 '항암약물치료(주사제 외)'를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |

③ 제2항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >

**제2조 ('전이암' 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '전이암'이라 함은 제2항에서 정한 '림프절전이암' 및 제3항에서 정한 '특정전이암'을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '림프절전이암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표76] '전이암 분류표'에서 정한 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 '특정전이암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표76] "전이암 분류표"에서 정한 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)) 및 C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))을 말합니다.

④ '전이암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

이 경우 '전이암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '전이암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< '제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

### 제3조 (입원 등의 정의와 장소)

① 이 특약에서 '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 병원(요양병원 제외) 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 유의사항 】

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >
- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원,2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특약에서 '통원'이라 함은 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)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

### 제4조 (항암약물치료 등의 정의)

① 이 특약에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

② 이 특약에서 '주사제'라 함은 소화관 대신 피부, 점막 등 외부경계조직을 통해서 혈관, 근육, 장기, 조직, 병변 등에 직접적으로 투여하는 약제를 말합니다.

### 제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 입원은 피보험자가 퇴원없이 계속 입원한 경우 입원일수 및 항암약물치료(주사제) 치료횟수와 관계없이 1회로 봅니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금은 암의 치료를 위한 입원 또는 통원이라 하더라도 제4조(항암약물치료 등의 정의)의 항암약물치료에 해당하지 않거나 항암치료를 위하여 보조적인 약물을 투여한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따른 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

④ 보통약관 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 보장에서 '전이암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '전이암'에 대한 보장개시일 >

⑤ 제4항에도 불구하고 제13조(특약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '전이암'에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

### 제7조 (특약의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '전이암'에 대한 보장개시일 전일 이전에 '전이암'으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

### 제8조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제9조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제8조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

### 제12조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 보통약관 제40조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시

이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '전이암'에 대하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제13조 (특약의 자동갱신)**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제14조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제15조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외

합니다.

## 2-151 전이암항암방사선치료(치료당)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후 '전이암'으로 진단확정되고, 그 '전이암'의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 치료당 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 전이암의 항암방사선치료보험금 | '전이암'으로 항암방사선 치료를 받은 경우 | 특약 가입금액의 100% 해당액 |

**제2조 ('전이암' 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '전이암'이라 함은 제2항에서 정한 '림프절전이암' 및 제3항에서 정한 '특정전이암'을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '림프절전이암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표76] '전이암 분류표'에서 정한 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 '특정전이암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표76] "전이암 분류표"에서 정한 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)) 및 C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))을 말합니다.

④ '전이암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

이 경우 '전이암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '전이암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< '제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (항암방사선치료의 정의)**

이 특약에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '전이암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '전이암' 에 대한 보장개시일 >

② 제1조(보험금의 지급사유)의 항암방사선치료는 암의 병소(cancer site)와 암의 병소 주변 림프절에 대한 방사선치료시 동일 조사 범위 내 시행으로 보아 1회로 간주합니다

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

### 제6조 (특약의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '전이암' 에 대한 보장개시일 전일 이전에 '전이암' 으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

### 제7조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

### 제12조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 보통약관 제40조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '전이암' 에 대하여 제4

조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-152 전이암항암방사선치료(치료당)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '전이암'으로 진단확정되고, 그 '전이암'의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 치료당 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 전이암의 항암방사선치료보험금 | '전이암'으로 항암방사선 치료를 받은 경우 | 특약 가입금액의 100% 해당액 |

**제2조 ('전이암' 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '전이암'이라 함은 제2항에서 정한 '림프절전이암' 및 제3항에서 정한 '특정전이암'을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '림프절전이암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표76] '전이암 분류표'에서 정한 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 '특정전이암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표76] "전이암 분류표"에서 정한 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)) 및 C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))을 말합니다.

④ '전이암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

이 경우 '전이암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '전이암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< '제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 (항암방사선치료의 정의)**

이 특약에서 '항암방사선치료'라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을

말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '전이암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

< '전이암'에 대한 보장개시일 >

② 제1항에도 불구하고 제13조(특약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '전이암'에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)의 항암방사선치료는 암의 병소(cancer site)와 암의 병소 주변 림프절에 대한 방사선치료시 동일 조사 범위 내 시행으로 보아 1회로 간주합니다

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '전이암'에 대한 보장개시일 전일 이전에 '전이암'으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제7조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제12조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제40조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시

이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '전이암'에 대하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

### 제13조 (특약의 자동갱신)

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

### 제14조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

### 제15조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외

합니다.

## 2-153 전이암표적항암약물허가치료(치료당)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 '전이암'으로 진단확정되고, 그 '전이암'의 치료를 직접적인 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 '표적항암약물허가치료(주사제)'를 받은 경우에는 아래의 금액을 입원 또는 통원당 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 전이암의 표적항암약물허가치료 보험금(주사제) | '전이암'으로 '표적항암약물허가치료(주사제)'를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 |

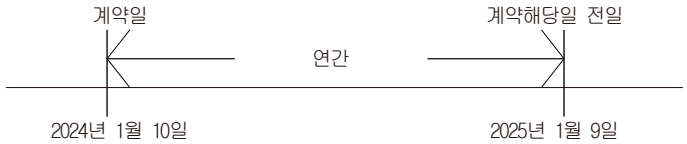
② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 '전이암'으로 진단확정되고, 그 '전이암'의 치료를 직접적인 목적으로 '표적항암약물허가치료(주사제 외)'를 받은 경우에는 아래의 금액을 연간1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 전이암의 표적항암약물허가치료 보험금(주사제 외) | '전이암'으로 '표적항암약물허가치료(주사제 외)'를 받은 경우 | 이 보장 보험가입금액의 100% 해당액 |

③ 제2항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >




**제2조 ( '전이암' 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '전이암'이라 함은 제2항에서 정한 '림프절전이암' 및 제3항에서 정한 '특정전이암'을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 '림프절전이암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표76] '전이암 분류표'에서 정한 분류번호 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 '특정전이암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표76] "전이암 분류표"에서 정한 분류번호 C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물(암)), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물(암)) 및 C80(부위의 명시가 없는 악성 신생물(암))을 말합니다.

④ ‘전이암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.
이 경우 ‘전이암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘전이암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< ‘제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

### 제3조 (입원 등의 정의와 장소)

① 이 특약에서 ‘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 병원(요양병원 제외) 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 유의사항 】

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >
- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원,2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특약에서 ‘통원’이라 함은 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)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

### 제4조 (항암약물치료 등의 정의)

① 이 특약에서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

② 이 특약에서 ‘주사제’라 함은 소화관 대신 피부, 점막 등 외부경계조직을 통해서 혈관, 근육, 장기, 조직, 병변 등에 직접적으로 투여하는 약제를 말합니다.

### 제5조 (표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특약에서 ‘표적항암제’란 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘421(항악성종양제)’(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘항악성종양제’에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제

는 ‘표적항암제’의 범위에서 제외됩니다.

【 용어해설 】

**< 호르몬 관련 치료제 >**

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제재, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

**< 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내 >**

· 식품의약품안전처의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.
단, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 변동될 수 있습니다.

· 성분명 : ‘효능·효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.

· 의약품명 : 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.

· 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. “표적항암제” 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 ‘표적항암약물허가치료’라 함은 제4조(항암약물치료 등의 정의)에서 정한 ‘항암약물치료’ 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 ‘암’의 치료를 직접적인 목적으로 제1항에서 정한 ‘표적항암제’를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 ‘안정성과 유효성 인정 범위’라 함은 다음 각호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」범위 외 사용이지만, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)’으로 사용된 경우

【 용어해설 】

**< 암질환심의위원회>**

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

**< ‘안전성과 유효성 인정 범위’확인 방법 >**

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
– 의약품 검색

·식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원((https://hira.or.kr) – 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 ‘표적항암제’ 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

**제6조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 입원은 피보험자가 퇴원없이 계속 입원한 경우 입원일수 및 표적항암약물허가치료(주사제) 치료횟수와 관계없이 1회로 봅니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금은 암의 치료를 위한 입원 또는 통원이라 하더라도 제4조 (항암약물치료 등의 정의) 및 제5조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)의 표적항암약물허가치료(주사제)에 해당하지 않거나 항암치료를 위하여 보조적인 약물을 투여한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따른 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

④ 보통약관 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 보장에서 '전이암'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

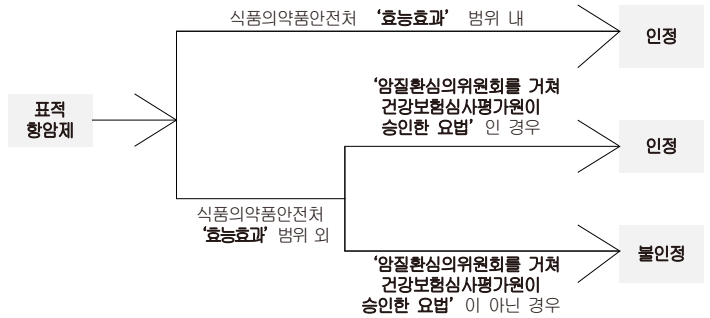
< '전이암'에 대한 보장개시일 >

⑤ 제1항에도 불구하고 제9조(특약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '전이암'에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료보험금은 표적항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【 용어해설 】

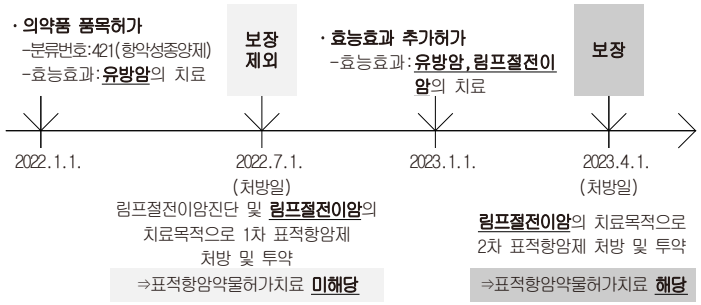
< 표적항암제의 안정성 및 유효성 인정 범위 >




⑦ 제1조(보험금의 지급사유)의 '표적항암약물허가치료를 받은 경우'라 함은 표적항암제를 처방받고 약물이 투여되었을때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제5조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

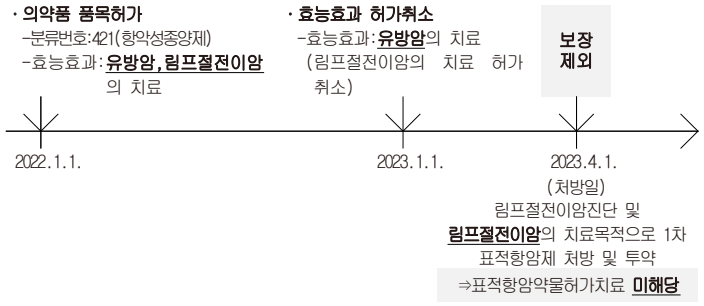
【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가)예시 >
: 의약품의 효능효과 추가 허가




【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제)예시 >
: 의약품의 효능효과 허가 취소




⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

## 제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

## 제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
      (1) 진단명
      (2) 투약한 약제의 제품명
      (3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

## 제9조 (특약의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '전이암'에 대한 보장개시일 전일 이전에 '전이암'으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의

보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제10조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제11조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제10조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제12조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제40조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '전이암'에 대하여 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제9조 (특약의 자동갱신)**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제10조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제11조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-154 뇌졸중·급성심근경색증통원일당(연간30일한)(간편건강고지)보장 특별약관 / 뇌졸중·급성심근경색증통원일당(연간30일한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '뇌졸중'으로 진단확정되고, 그 '뇌졸중'의 치료를 목적으로 병원에 통원한 경우에는 통원 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.
다만, 뇌졸중통원급여금의 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한하며 연간 30일을 한도로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | 지급한도 |
|---|---|---|---|
| 뇌졸중통원급여금 | '뇌졸중'의 치료를 목적으로 통원치료를 한 경우 | 통원1일당 이 특약의 보험가입금액 | 연간 30일한 |

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 '급성심근경색증'으로 진단확정되고, 그 '급성심근경색증'의 치료를 목적으로 병원에 통원한 경우에는 통원 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.
다만, 급성심근경색증통원급여금의 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한하며 연간 30일을 한도로 지급합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | 지급한도 |
|---|---|---|---|
| 급성심근경색증 통원급여금 | '급성심근경색증'의 치료를 목적으로 통원치료를 한 경우 | 통원1일당 이 특약의 보험가입금액 | 연간 30일한 |

③ 제1항 내지 제2항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >

**제2조 (뇌졸중 및 급성심근경색증의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '뇌졸중'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표14] '뇌졸중 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 거미막하출혈 | I60 |
| 2. 뇌내출혈 | I61 |
| 3. 기타 비외상성 두개내 출혈 | I62 |
| 4. 뇌경색증 | I63 |
| 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 | I65 |
| 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착 | I66 |

② 이 특약에서 '급성심근경색증'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표16] '급성심근경색증 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 급성심근경색증 | I21 |
| 2. 후속심근경색증 | I22 |
| 3. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증 | I23 |

③ '뇌졸중' 및 '급성심근경색증'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, '뇌졸중'의 진단확정은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, '급성심근경색증'의 진단은 병력·증상과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 '뇌졸중' 또는 '급성심근경색증'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 '뇌졸중' 또는 '급성심근경색증'으로 확정되거나 추정되는 경우

**제3조 (통원의 정의 및 장소)**

이 특약에서 '통원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 '뇌졸중' 또는 '급성심근경색증'의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 '뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원'이란 의사에 의해 '뇌졸중'으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, '뇌졸중'의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 '뇌졸중'을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 '뇌졸중'의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 '급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 통원'이란 의사에 의해 '급성심근경색증'으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, '급성심근경색증'의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 '급성심근경색증'을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 '급성심근경색증'의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.
⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제9조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.
② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제10조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-155 뇌졸중·급성심근경색증통원일당(연간30일한,종합병원)(간편건강고지)보장 특별약관 / 뇌졸중·급성심근경색증통원일당(연간30일한,종합병원)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '뇌졸중'으로 진단확정되고, 그 '뇌졸중'의 치료를 목적으로 종합병원에 통원한 경우에는 통원 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.
다만, 뇌졸중통원급여금(종합병원)의 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한하며 연간 30일을 한도로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | 지급한도 |
|---|---|---|---|
| 뇌졸중통원급여금(종합병원) | '뇌졸중'의 치료를 목적으로 종합병원에서 통원한 경우 | 통원1일당 이 특약의 보험가입금액 | 연간 30일한 |

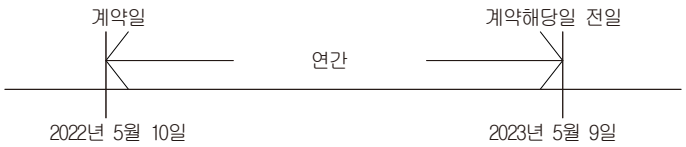
② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 '급성심근경색증'으로 진단확정되고, 그 '급성심근경색증'의 치료를 목적으로 종합병원에 통원한 경우에는 통원 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.
다만, 급성심근경색증통원급여금(종합병원)의 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한하며 연간 30일을 한도로 지급합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | 지급한도 |
|---|---|---|---|
| 급성심근경색증 통원급여금 (종합병원) | '급성심근경색증' 의 치료를 목적으로 종합병원에서 통원치료를 한 경우 | 통원1일당 이 특약의 보험가입금액 | 연간 30일한 |

③ 제1항 내지 제2항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >




**제2조 (뇌졸중 및 급성심근경색증의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '뇌졸중'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표14] '뇌졸중 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 거미막하출혈 | I60 |
| 2. 뇌내출혈 | I61 |
| 3. 기타 비외상성 두개내 출혈 | I62 |
| 4. 뇌경색증 | I63 |
| 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 | I65 |
| 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착 | I66 |

② 이 특약에서 '급성심근경색증'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표16] '급성심근경색증 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 급성심근경색증 | I21 |
| 2. 후속심근경색증 | I22 |
| 3. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증 | I23 |

③ '뇌졸중' 및 '급성심근경색증'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, '뇌졸중'의 진단확정은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, '급성심근경색증'의 진단은 병력·증상과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 '뇌졸중' 또는 '급성심근경색증'으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 '뇌졸중' 또는 '급성심근경색증'으로 확정되거나 추정되는 경우

**제3조 (종합병원의 정의)**

이 특약에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【 관련법규 】

**< 의료법 제3조의3(종합병원)에 따른 종합병원 요건 >**

- 100개 이상의 병상을 갖추어야 함
- 100병상 이상 300병상 이하인 경우 내과 · 외과 · 소아청소년과 · 산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추어야 함
- 상기의 진료과목에 대해서는 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 함

**제4조 (통원의 정의 및 장소)**

이 특약에서 '통원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 '뇌졸중' 또는 '급성심근경색증'의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제1조(보험금의 지급사유)의 종합병원 통원급여금의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 '뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원'이란 의사에 의해 '뇌졸중'으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, '뇌졸중'의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 '뇌졸중'을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 '뇌졸중'의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 '급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 통원'이란 의사에 의해 '급성심근경색증'으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, '급성심근경색증'의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 '급성심근경색증'을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 '급성심근경색증'의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

④ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제3조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

⑤ 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제3조(종합병원의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제7조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제9조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약' 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이' 라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제10조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제11조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-156 중증질환자(신규암)산정특례대상(간편건강고지) 보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '중증질환자

(암) 산정특례대상질병’으로 진단확정되고, 그 ‘중증질환자(암) 산정특례대상질병’을 직접적인 원인으로 ‘산정특례 신규암 등록’이 된 경우에는 아래 각호의 보험금을 각각 최초1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 90일 이내 | 계약일부터 90일 초과 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 1. 산정특례대상(신규암(유사암및소액암제외)) 보장보험금 | ‘중증질환자(암)산정특례대상질병(유사암 및 소액암제외)’으로 진단확정되고, ‘산정특례 신규암 등록’이 된 경우 | 이 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | | | |
| 2. 산정특례대상(신규암(소액암)) 보장보험금 | ‘소액암’으로 진단확정되고, ‘산정특례 신규암 등록’이 된 경우 | 이 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | | 이 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |
| 3. 산정특례대상(신규암(유사암)) 보장보험금 | ‘유사암’으로 진단확정되고, ‘산정특례 신규암 등록’이 된 경우 | 이 보장 보험가입금액의 10% 해당액 | 이 보장 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 보장 보험가입금액의 100% 해당액 | |

**제2조 (중증질환자(암) 산정특례대상질병 등의 정의)**

① 이 특약에서 '중증질환자(암) 산정특례대상질병'이라 함은 [별표87] '중증질환자 암 산정특례대상 분류표'에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

② 이 특약에서 '소액암'이라 함은 제1항의 중증질환자(암) 산정특례대상질병 중 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 악성신생물(암)에 해당하는 질병을 말합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 유방의 악성신생물(암) | C50 |
| 2. 자궁경부의 악성신생물(암) | C53 |
| 3. 자궁체부의 악성신생물(암) | C54 |
| 4. 전립선의 악성신생물(암) | C61 |
| 5. 방광의 악성신생물(암) | C67 |

③ 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제4항에서 정한 '기타피부암', 제5항에서 정한 '갑상선암', 제6항에서 정한 '제자리암' 및 제7항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

④ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제1항의 중증질환자(암) 산정특례대상질병 중 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제1항의 중증질환자(암) 산정특례대상질병 중 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '제자리암'이라 함은 제1항의 중증질환자(암) 산정특례대상질병 중 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ 이 특약에서 '경계성종양'이라 함은 제1항의 중증질환자(암) 산정특례대상질병 중 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑧ 이 특약에서 '뇌·수막의 양성신생물'이라 함은 제1항의 중증질환자(암) 산정특례대상질병 중 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표87-2] '뇌·수막의 양성신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑨ '중증질환자(암) 산정특례대상'('뇌·수막의 양성신생물' 제외)의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '중증질환자(암) 산정특례대상'('뇌·수막의 양성신생물' 제외)의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑩ 제9항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '중증질환자(암) 산정특례대상'('뇌·수막의 양성신생물' 제외)으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【 예시안내 】

< '제9항에 따른 진단방법이 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

⑪ '뇌·수막의 양성신생물'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

또한, 회사가 '뇌·수막의 양성신생물'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑫ 제9항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제3조 ( ‘산정특례 신규등록’ 등의 정의)**

① 이 특약에서 ‘산정특례 신규암 등록’이라 함은 보험기간 중에 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 ‘신규암’으로 [별표87-1] ‘중증질환자 암 산정특례대상 분류표’에서 정한 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.

② 이 특약에서 ‘신규암’이라 함은 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 제7조에 의해 등록된 암 중 건강보험 산정특례 등록신청서 상에 ‘신규암’으로 표기된 경우를 말합니다.

③ 제1항에도 불구하고, ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 개정으로 산정특례적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

**【 관련법규 】**

< 본인일부부담금 산정특례 제도 >

· 국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 본인부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 본인부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해 주는 제도

· ‘중증질환자 (암) 산정특례대상’에 해당하는 사람은 의사가 중증질환자 (암) 산정특례 대상질환으로 확진한 경우 ‘건강보험 산정특례 등록 신청서’를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.

· 중증질환자 암질환의 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함)이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청한 경우에는 신청일로부터 5년간 적용이 됩니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유)에서 ‘중증질환자(암) 산정특례대상질병(‘유사암’ 및 ‘뇌·수막의 양성신생물’ 제외)’에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

다만, ‘유사암’ 및 ‘뇌·수막의 양성신생물’에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

**【 예시안내 】**

**< ‘중증질환자(암) 산정특례대상질병(‘유사암’ 및 ‘뇌·수막의 양성신생물’ 제외)’에 대한 보장개시일 >**

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 ‘중증질환자 (암) 산정특례’ 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환자(암) 산정특례대상 보험금을 지급하지 않습니다.

**제5조 (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)**

① ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’이 국민건강보험법 및 관련 법령(이하 ‘법령’이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새

로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 제도의 변경으로 '중증질환자(암) 산정특례대상' 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 '계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등' 의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 및 미경과보험료 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특약의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

## 제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할수 있는 서류 (진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 진료비세부내역서(산정특례적용영수증), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

**【 관련법규 】**

**※ 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관의 구분**

- 의원급 의료기관: 주로 외래환자를 대상으로 하는 의원, 치과의원, 한의원
- 병원급 의료기관: 주로 입원환자를 대상으로 하는 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원
- 조산원: 조산사가 임부, 해산부 등을 대상으로 보건활동 등을 하는 의료기관

## 제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

## 제8조 (특약의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '중증질환자(암) 산정특례대상질병(유사암' 및 '뇌·수막의 양성신생물' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 신규암에 해당하는 '중증질환자(암) 산정특례대상질병(유사암' 및 '뇌·수막의 양성신생

물’ 제외)로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제9조 (특약의 소멸)**

① 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 산정특례대상(신규암(유사암및소액암제외))보장보험금 지급사유가 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 산정특례대상(신규암(소액암))보장보험금 지급사유가 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제2호 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제3호에서 정한 산정특례대상(신규암(유사암))보장보험금 지급사유가 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제3호 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

④ 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제9조 (특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제11조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제40조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, 중증질환자(암) 산정특례대상질병( ‘유사암’ 및 ‘뇌·수막의 양성신생물’ 제외)에 대하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제12조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-157 중증질환자(중복암및재등록암)산정특례대상(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 중복암 : 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제3항에서 정한 보장개시일 이후 '중증질환자(암) 산정특례대상질병'으로 진단확정되고, 그 '중증질환자(암) 산정특례대상질병'을 직접적인 원인으로 '산정특례 중복암 등록'이 된 경우에는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 산정특례대상(중복암)보장보험금 | '중증질환자(암) 산정특례대상질병'으로 진단확정되고, '중증질환자(암) 산정특례대상질병'으로 '산정특례 중복암 등록'이 된 경우 | 이 보장 보험가입금액 |

② 재등록암: 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '중증질환자(암) 산정특례대상질병'으로 진단확정되고, 그 '중증질환자(암) 산정특례대상질병'을 직접적인 원인으로 '산정특례 재등록암 등록'이 된 경우에는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 산정특례대상(재등록암)보장보험금 | '중증질환자(암) 산정특례대상질병'으로 진단확정되고, '중증질환자(암) 산정특례대상질병'으로 '산정특례 재등록암 등록'이 된 경우 | 이 보장 보험가입금액 |

**제2조 (중증질환자(암) 산정특례대상질병 등의 정의)**

① 이 특약에서 '중증질환자(암) 산정특례대상질병'이라 함은 [별표87] '중증질환자 암 산정특례대상 분류표'에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

② 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

③ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제1항의 중증질환자(암) 산정특례대상질병 중 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제1항의 중증질환자(암) 산정특례대상질병 중 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 '제자리암'이라 함은 제1항의 중증질환자(암) 산정특례대상질병 중 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '경계성종양'이라 함은 제1항의 중증질환자(암) 산정특례대상질병 중 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ 이 특약에서 '뇌·수막의 양성신생물'이라 함은 제1항의 중증질환자(암) 산정특례대상질병 중 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표87-2] '뇌·수막의 양성신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑧ ‘중증질환자(암) 산정특례대상’( ‘뇌·수막의 양성신생물’ 제외)의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘중증질환자(암) 산정특례대상’( ‘뇌·수막의 양성신생물’ 제외)의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑨ 제8항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘중증질환자(암) 산정특례대상’( ‘뇌·수막의 양성신생물’ 제외)으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【 예시안내 】**

**< ‘제8항에 따른 진단방법이 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

⑩ ‘뇌·수막의 양성신생물’의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

또한, 회사가 ‘뇌·수막의 양성신생물’의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑪ 제8항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

## 제3조 ( ‘산정특례 중복암 등록’ 등의 정의)

① 이 특약에서 ‘산정특례 중복암 등록’이라 함은 보험기간 중에 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 ‘중복암’으로 [별표87] ‘중증질환자 암 산정특례대상 분류표’에서 정한 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.

② 이 특약에서 ‘산정특례 재등록암 등록’이라 함은 보험기간 중에 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 제8조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 ‘재등록암’으로 [별표87] ‘중증질환자 암 산정특례대상 분류표’에서 정한 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.

③ 이 특약에서 ‘중복암’이라 함은 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 제7조 제4항에 의해 등록된 암을 말하며, 건강보험 산정특례 등록신청서 상에 ‘중복암’으로 표기된 경우를 말합니다.

④ 이 특약에서 ‘재등록암’이라 함은 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 제8조에 의해 등록된 암을 말하며, 건강보험 산정특례 등록신청서 상에 ‘재등록암’으로 표기된 경우를 말합니다.

⑤ 이 특약에서 ‘신규암’이라 함은 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 제7조에 의해 등록된 암 중 건강보험 산정특례 등록신청서 상에 ‘신규암’으로 표기된 경우를 말합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고, ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 개정으로 산정특례적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

**【 관련법규 】**

< 본인일부부담금 산정특례 제도 >

· 국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 본인부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 본인부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

· ‘중증질환자 (암) 산정특례대상’에 해당하는 사람은 의사가 중증질환자 (암)

산정특례 대상질환으로 확진한 경우 '건강보험 산정특례 등록 신청서'를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.

· 중증질환자 암질환의 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청한 경우에는 신청일로부터 5년간 적용이 됩니다.

< 중증질환자(암) 산정특례 중복암>

· '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 제7조(산정특례 등록 신청 등) 제4항 제3항에도 불구하고 제4조 중 암환자로 등록된 자가 산정특례 적용기간 중 추가로 발생한 다른 암종(전이암 제외)에 대하여 산정특례를 신청한 경우, 추가로 발생한 암의 진단확진일 부터 적용한다.

< 중증질환자(암) 산정특례 재등록>

· '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 제8조(산정특례 재등록)

건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 암환자가 특례기간 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거·소멸을 목적으로 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여 중인 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 '중증질환자(암) 산정특례대상질병(' 유사암' 및 '뇌·수막의 양성신생물' 제외)'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

다만, '유사암' 및 '뇌·수막의 양성신생물'에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

【 예시안내 】

**< '중증질환자(암) 산정특례대상질병( '유사암' 및 '뇌·수막의 양성신생물' 제외)' 에 대한 보장개시일 >**

② 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 '중증질환자(암) 산정특례대상질병'의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 5년이 지난 날의 다음날로 합니다.

【 예시안내 】

**< '중증질환자(암) 산정특례대상 재등록암' 에 대한 보장개시일 >**

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

④ 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 산정특례중복암 등록 및 산정특례재등록암 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 산정특례대상(중복암)보험금 및 산정특례대상(재등록암)보험금을 지급하지 않습니다.

## 제5조 (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'이 국민건강보험법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 제도의 변경으로 '중증질환자(암) 산정특례대상' 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 '계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등'의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특약의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 및 미경과보험료 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특약의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

## 제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할수 있는 서류 (진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 진료비세부내역서(산정특례적용영수증), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

**【 관련법규 】**

**※ 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관의 구분**

- 의원급 의료기관: 주로 외래환자를 대상으로 하는 의원, 치과의원, 한의원
- 병원급 의료기관: 주로 입원환자를 대상으로 하는 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원
- 조산원: 조산사가 임부, 해산부 등을 대상으로 보건활동 등을 하는 의료기관

## 제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제8조 (특약의 무효)**

① 보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 '중증질환자(암) 산정특례대상질병'( '유사암' 및 '뇌·수막의 양성신생물' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 신규암에 해당하는 '중증질환자(암) 산정특례대상질병( '유사암' 및 '뇌·수막의 양성신생물' 제외)로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

② 제1항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 '중증질환자(암) 산정특례대상질병'( '유사암' 및 '뇌·수막의 양성신생물' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 중복암에 해당하는 '중증질환자(암) 산정특례대상질병( '유사암' 및 '뇌·수막의 양성신생물' 제외)로 진단확정된 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 제1항의 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

③ 제1항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 '중증질환자(암) 산정특례대상질병' 보장개시일 전일 이전에 재등록암에 해당하는 '중증질환자(암) 산정특례대상질병로 진단확정된 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 제2항의 보장은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.

④ 다만, 제1항 및 제2항에 대하여 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제9조 (특약의 소멸)**

① 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 산정특례대상(중복암)보장보험금 지급사유가 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 산정특례대상(재등록암)보장 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 잔여보험기간이 그 날을 포함하여 5년이 되는 날까지 신규암에 해당하는 '중증질환자(암) 산정특례대상질병으로 진단확정된적이 없는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 보장은 그 때부터 효력이 없으며, 회사는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산한 계약자적립액 및 미경과보험료가 있는 경우 이를 지급합니다.

또한, 회사는 이를 계약자 및 피보험자에게 알려 드립니다.

④ 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제10조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 .계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제9조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제11조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제40조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을

청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제12조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-158. 남성통합암(전이포함)진단(유사암제외)(간편건강고지)보장 특별약관

이 보장 특별약관은 남성에 한하여 가입가능합니다.

남성통합암(전이포함)진단(유사암제외)(간편건강고지)보장 특별약관은 아래의 세부보장(10개)으로 구성되어 있습니다.

- 남성통합암(전이포함)진단보험금(두경부암)
- 남성통합암(전이포함)진단보험금(위암및식도암)
- 남성통합암(전이포함)진단보험금(소장·대장·항문암 및 기타암)
- 남성통합암(전이포함)진단보험금(간·담낭·담도암 및 췌장암)
- 남성통합암(전이포함)진단보험금(흉곽내기관·중피성암 및 연조직암)
- 남성통합암(전이포함)진단보험금(골·피부 등 전신부위암)
- 남성통합암(전이포함)진단보험금(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암)
- 남성통합암(전이포함)진단보험금(남성생식기암)
- 남성통합암(전이포함)진단보험금(뇌암 및 중추신경계통암)
- 남성통합암(전이포함)진단보험금(혈액암)

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '남성통합암(전이포함)(유사암제외)'으로 진단확정된 경우에는 암 구분에 따라 각각 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 남성통합암(전이포함)진단보험금으로 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다

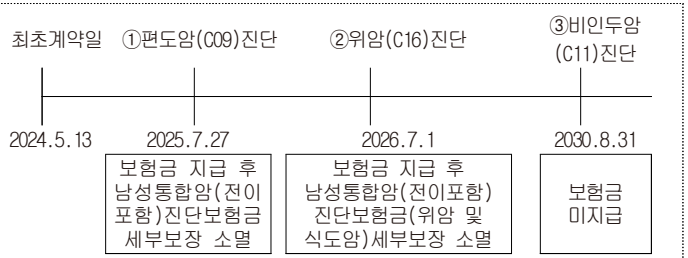
| 보험금의 종류 | | 지급금액 | |
|---|---|---|---|
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 |
| 남성통합암(전이포함)진단보험금(두경부암) | '두경부암'으로 진단확정 된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% |

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | |
|---|---|---|---|
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 |
| 남성통합암(전이포함)진단보험금(위암 및 식도암) | '위암및식도암' 으로 진단확정 된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% |
| 남성통합암(전이포함)진단보험금(소장·대장·항문암 및 기타암) | '소장 · 대장 · 항문암 및 기타암' 으로 진단확정 된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% |
| 남성통합암(전이포함)진단보험금(간·담낭·담도암 및 췌장암) | '간 · 담낭 · 담도암 및 췌장암' 으로 진단확정된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% |
| 남성통합암(전이포함)진단보험금(흉곽내기관·중피성암 및 연조직암) | '흉곽내기관 · 중피성암 및연조직암' 으로 진단확정 된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% |
| 남성통합암(전이포함)진단보험금(골·피부 등 전신부위암) | '골 · 피부 등 전신부위암' 으로 진단확정된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% |
| 남성통합암(전이포함)진단보험금(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암) | '유방 · 비뇨기관 · 부신암및내분비선암' 으로 진단확정 된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% |
| 남성통합암(전이포함)진단보험금(남성생식기암) | '남성생식기암' 으로 진단확정 된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% |
| 남성통합암(전이포함)진단보험금(뇌암 및 중추신경계통암) | '뇌암및중추신경계통암' 으로 진단확정 된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% |
| 남성통합암(전이포함)진단보험금(혈액암) | '혈액암' 으로 진단확정 된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% |

【 예시안내 】

**※ 보험금 지급예시**

**<예시1> (동일 암구분의 원발암 진단시)**

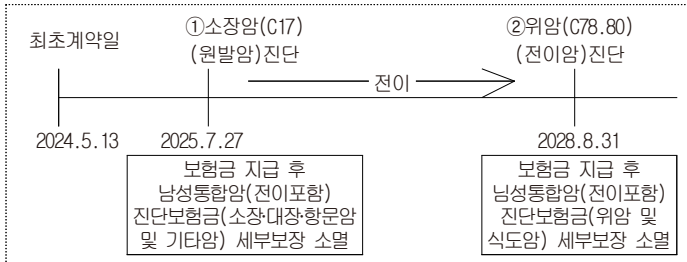



① '25.7.27 진단 확정된 편도암(C09)의 경우, **남성통합암(전이포함)진단보험금(두경부암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

② '26.7.1 진단 확정된 위암(C16)의 경우, **남성통합암(전이포함)진단보험금(위암 및 식도암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

③ '30.8.31 진단 확정된 비인두암(C11)의 경우,이미 '25.7.27 남성통합암(전이포함)진단보험금(두경부암) 세부보장이 소멸되었으므로 **보험금 미지급**

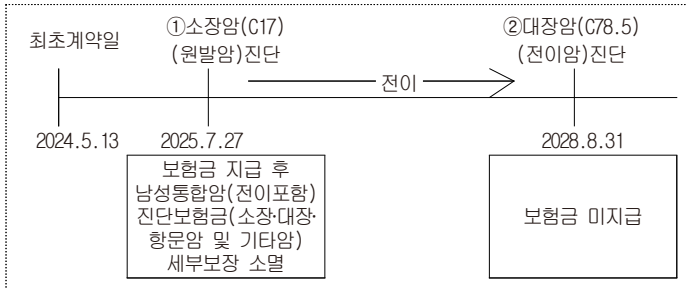
**<예시2> (원발암과 다른 암구분의 전이암 진단시)**




① '25.7.27 진단 확정된 소장암(C17)(원발암)의 경우, **남성통합암(전이포함)진단보험금(소장·대장·항문암 및 기타암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

② '28.8.31 진단 확정된 위암(C78.80)(전이암)의 경우, **남성통합암(전이포함)진단보험금(위암 및 식도암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

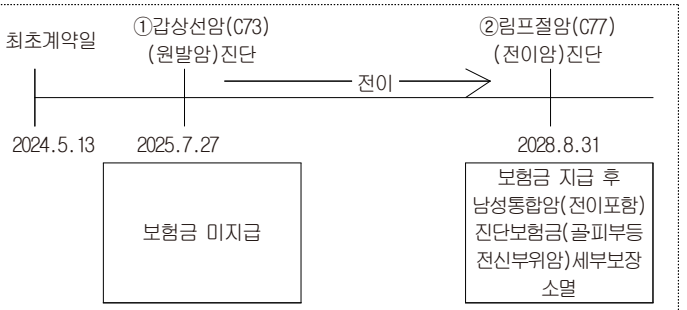
**<예시3> (원발암과 동일 암구분의 전이암 진단시)**




① '25.7.27 진단 확정된 소장암(C17)(원발암)의 경우, **남성통합암(전이 포함)진단보험금(소장·대장·항문암 및 기타암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

② '28.8.31 진단확정된 대장암(C78.5)(전이암)의 경우, 이미 '25.7.27 남성통합암(전이 포함)진단보험금 (소장·대장·항문암 및 기타암) 세부보장이 소멸되었으므로 **보험금 미지급**

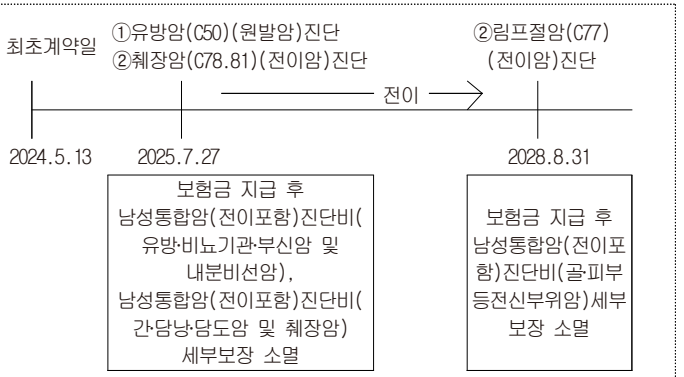
**<예시4> (유사암 원발암 진단이후 전이암 진단시)**




① '25.7.27 진단 확정된 갑상선암(C73)(원발암)의 경우, **남성통합암(전이포함)진단보험금(유사암 제외)보장 특별약관의 보험금 지급사유에 해당되지 않아 보험금 미지급**

② '28.8.31 진단확정된 림프절암(C77)의 경우 **남성통합암(전이포함)진단보험금(골·피부등전신부위암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

**<예시5> (원발암과 전이암 동시진단 및 이후 전이암 추가 진단시)**




① '25.7.27 진단 확정된 유방암(C50)(원발암)의 경우, **남성통합암(전이포함)진단비(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

② '25.7.27 진단 확정된 췌장암(C78.81)(전이암)의 경우, **남성통합암(전이포**

**함)진단비(간·담낭·담도암 및 췌장암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

③ '28.8.31 진단 확정된 림프절암(C77)(전이암)의 경우, **남성통합암(전이포함)진단비(골·피부 등 전신부위암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

**제2조 (남성통합암(전이 포함)(유사암제외) 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '남성통합암(전이포함)(유사암제외)'이라 함은 [별표88-1]에서 정한 '남성통합암(전이포함)(두경부암)', '남성통합암(전이포함)(위암 및 식도암)', '남성통합암(전이포함)(소장·대장·항문암 및 기타암)', '남성통합암(전이포함)(간·담낭·담도암 및 췌장암)', '남성통합암(전이포함)(흉곽내기관·중피성암 및 연조직암)', '남성통합암(전이포함)(골·피부 등 전신부위암)', '남성통합암(전이포함)(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암)', '남성통합암(전이포함)진단보험금(남성생식기암), 남성통합암(전이포함)진단보험금(뇌암 및 중추신경계통암),' '남성통합암(전이포함)진단보험금(혈액암)'을 총칭합니다. 다만 '기타피부암', '갑상선암' 또는 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '남성통합암(전이포함)(유사암제외)'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표88-1] 남성통합암(전이포함)(유사암제외) 분류표에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

④ 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제5항에서 정한 '기타피부암', 제6항에서 정한 '갑상선암', 제7항에서 정한 '제자리암' 및 제8항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

⑤ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ 이 특약에서 '제자리암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑧ 이 특약에서 '경계성종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑨ '통합암(전이포함)('유사암' 제외), '암' 및 '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '통합암(전이포함)'('유사암' 제외), '암' 및 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑩ 제9항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '통합암(전이포함)(유사암 제외)', '암' 및 '유사암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【 예시안내 】**

**< '제9항에 따른 진단방법이 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

⑪ 제9항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

⑫ 제3항의 '암' 중 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악

성신생물(암))의 경우 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류하지만, 제1항의 ‘남성통합암(전이포함)(유사암 제외)’에는 적용하지 않습니다.

**【 유의사항 】(제3항의 ‘암’에 한하여 적용)**

한국표준질병사인분류 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>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

### 제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보통약관 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘남성통합암(전이포함)(유사암 제외)’에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

**【 예시안내 】**

< ‘남성통합암(전이포함)(유사암제외)’에 대한 보장개시일 >

② 피보험자가 보험기간 중에 제1항의 보장개시일 이후 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

다만, 회사가 제7조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

### 제5조 (특약의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특

약의 계약일부터 ‘암’( ‘유사암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’( ‘유사암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 ‘남성통합암(전이포함)진단보험금(두경부암)’, ‘남성통합암(전이포함)진단보험금(위암 및 식도암)’, ‘남성통합암(전이포함)진단보험금(소장·대장·항문암 및 기타암)’, ‘남성통합암(전이포함)진단보험금(간·담낭·담도암 및 췌장암)’, ‘남성통합암(전이포함)진단보험금(흉곽내기관·중피성암 및 연조직암)’, ‘남성통합암(전이포함)진단보험금(골·피부 등 전신부위암)’, ‘남성통합암(전이포함)진단보험금(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암)’, ‘남성통합암(전이포함)진단보험금(남성생식기암)’, ‘남성통합암(전이포함)진단보험금(뇌암 및 중추신경계통암),’ ‘남성통합암(전이포함)진단보험금(혈액암)’를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 세부보장은 소멸되며, 소멸된 세부보장에 대해서는 해당 세부보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 세부보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

② 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 남성통합암(전이포함)진단보험금을 세부보장별로 각각 1회씩 총 10회 지급한 경우 최종 보험금 지급사유가 발생한때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 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 경우 회사는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제40조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, ‘남성통합암(전이포함)(유사암제외)’에 대하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항

의 보장개시일을 다시 적용합니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-159. 남성통합암(전이포함)진단(유사암제외)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

이 보장 특별약관은 남성에 한하여 가입가능합니다.

남성통합암(전이포함)진단(유사암제외)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관은 아래의 세부보장(10개)으로 구성되어 있습니다.

- 남성통합암(전이포함)진단보험금(두경부암)
- 남성통합암(전이포함)진단보험금(위암및식도암)
- 남성통합암(전이포함)진단보험금(소장·대장·항문암 및 기타암)
- 남성통합암(전이포함)진단보험금(간·담낭·담도암 및 췌장암)
- 남성통합암(전이포함)진단보험금(흉곽내기관·중피성암 및 연조직암)
- 남성통합암(전이포함)진단보험금(골·피부 등 전신부위암)
- 남성통합암(전이포함)진단보험금(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암)
- 남성통합암(전이포함)진단보험금(남성생식기암)
- 남성통합암(전이포함)진단보험금(뇌암 및 중추신경계통암)
- 남성통합암(전이포함)진단보험금(혈액암)

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '남성통합암(전이포함)(유사암제외)'으로 진단확정된 경우에는 암 구분에 따라 각각 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 남성통합암(전이포함)진단보험금으로 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다

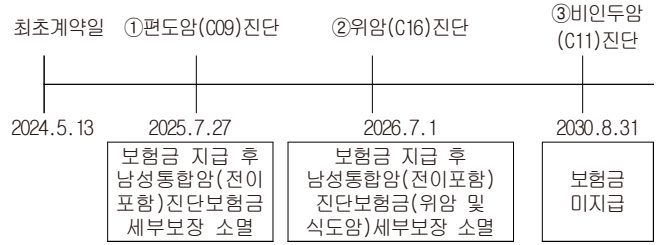
| 보험금의 종류 | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|
| | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 남성통합암(전이포함)진단보험금(두경부암) | '두경부암'으로 진단확정 된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% | |
| 남성통합암(전이포함)진단보험금(위암 및 식도암) | '위암및식도암'으로 진단확정 된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% | |
| 남성통합암(전이포함)진단보험금(소장·대장·항문암 및 기타암) | '소장 · 대장 · 항문암 및 기타암'으로 진단확정 된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% | |
| 남성통합암(전이포함)진단보험금(간·담낭·담도암 및 췌장암) | '간 · 담낭 · 담도암 및 췌장암'으로 진단확정된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% | |
| 남성통합암(전이포함)진단보험금(흉곽내기관·중피성암 및 연조직암) | '흉곽내기관 · 중피성암 및연조직암'으로 진단확정 된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% | |
| 남성통합암(전이포함)진단보험금(골·피부 등 전신부위암) | '골 · 피부 등 전신부위암'으로 진단확정된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% | |
| 남성통합암(전이포함)진단보험금(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암) | '유방 · 비뇨기관 · 부신암및내분비선암'으로 진단확정 된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% | |
| 남성통합암(전이포함)진단보험금(남성생식기암) | '남성생식기암'으로 진단확정 된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% | |
| 남성통합암(전이포함)진단보험금(뇌암 및 중추신경계통암) | '뇌암및중추신경계통암'으로 진단확정 된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% | |
| 남성통합암(전이포함)진단보험금(혈액암) | '혈액암'으로 진단확정 된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% | |

【 예시안내 】

**※ 보험금 지급예시**

**<예시1> (동일 암구분의 원발암 진단시)**

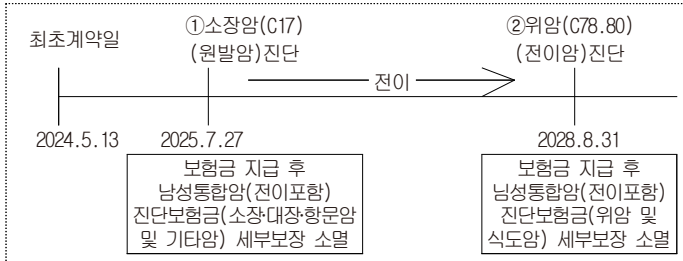



① '25.7.27 진단 확정된 편도암(C09)의 경우, **남성통합암(전이포함)진단보험금(두경부암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

② '26.7.1 진단 확정된 위암(C16)의 경우, **남성통합암(전이포함)진단보험금(위암 및 식도암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

③ '30.8.31 진단 확정된 비인두암(C11)의 경우, 이미 '25.7.27 남성통합암(전이포함)진단보험금(두경부암) 세부보장이 소멸되었으므로 **보험금 미지급**

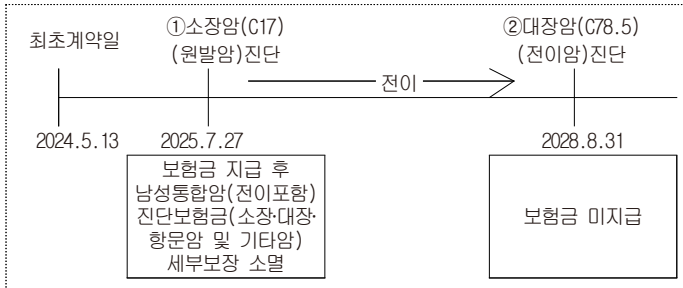
**<예시2> (원발암과 다른 암구분의 전이암 진단시)**




① '25.7.27 진단 확정된 소장암(C17)(원발암)의 경우, **남성통합암(전이포함)진단보험금(소장·대장·항문암 및 기타암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

② '28.8.31 진단 확정된 위암(C78.80)(전이암)의 경우, **남성통합암(전이포함)진단보험금(위암 및 식도암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

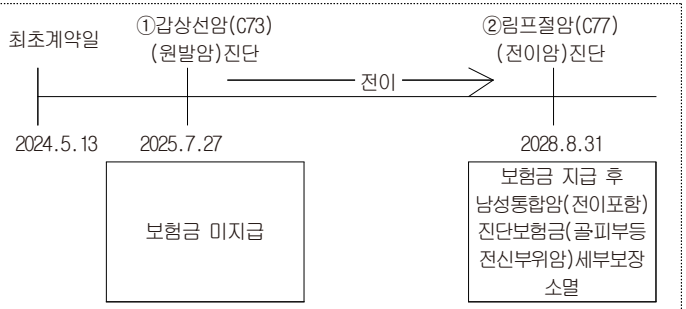
**<예시3> (원발암과 동일 암구분의 전이암 진단시)**




① '25.7.27 진단 확정된 소장암(C17)(원발암)의 경우, **남성통합암(전이 포함)진단보험금(소장·대장·항문암 및 기타암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

② '28.8.31 진단확정된 대장암(C78.5)(전이암)의 경우, 이미 '25.7.27 남성통합암(전이 포함)진단보험금 (소장·대장·항문암 및 기타암) 세부보장이 소멸되었으므로 **보험금 미지급**

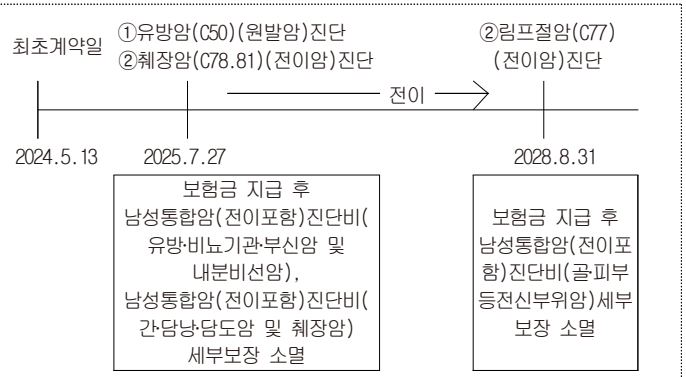
**<예시4> (유사암 원발암 진단이후 전이암 진단시)**




① '25.7.27 진단 확정된 갑상선암(C73)(원발암)의 경우, **남성통합암(전이포함)진단보험금(유사암 제외)보장 특별약관의 보험금 지급사유에 해당되지 않아 보험금 미지급**

② '28.8.31 진단확정된 림프절암(C77)의 경우 **남성통합암(전이포함)진단보험금(골·피부등전신부위암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

**<예시5> (원발암과 전이암 동시진단 및 이후 전이암 추가 진단시)**




① '25.7.27 진단 확정된 유방암(C50)(원발암)의 경우, **남성통합암(전이포함)진단비(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

② '25.7.27 진단 확정된 췌장암(C78.81)(전이암)의 경우, **남성통합암(전이포**

**함)진단비(간·담낭·담도암 및 췌장암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

③ '28.8.31 진단 확정된 림프절암(C77)(전이암)의 경우, **남성통합암(전이포함)진단비(골·피부 등 전신부위암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

## 제2조 (남성통합암(전이 포함)(유사암제외) 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 '남성통합암(전이포함)(유사암제외)'이라 함은 [별표88-1]에서 정한 '남성통합암(전이포함)(두경부암)', '남성통합암(전이포함)(위암 및 식도암)', '남성통합암(전이포함)(소장·대장·항문암 및 기타암)', '남성통합암(전이포함)(간·담낭·담도암 및 췌장암)', '남성통합암(전이포함)(흉곽내기관·중피성암 및 연조직암)', '남성통합암(전이포함)(골·피부 등 전신부위암)', '남성통합암(전이포함)(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암)', '남성통합암(전이포함)진단보험금(남성생식기암), 남성통합암(전이포함)진단보험금(뇌암 및 중추신경계통암),' '남성통합암(전이포함)진단보험금(혈액암)'을 총칭합니다. 다만 '기타피부암', '갑상선암' 또는 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '남성통합암(전이포함)(유사암제외)'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표88-1] 남성통합암(전이포함)(유사암제외) 분류표에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

④ 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제5항에서 정한 '기타피부암', 제6항에서 정한 '갑상선암', 제7항에서 정한 '제자리암' 및 제8항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

⑤ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ 이 특약에서 '제자리암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑧ 이 특약에서 '경계성종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑨ '통합암(전이포함)('유사암' 제외), '암' 및 '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '통합암(전이포함)'('유사암' 제외), '암' 및 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑩ 제9항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '통합암(전이포함)(유사암 제외)', '암' 및 '유사암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【 예시안내 】**

**< '제9항에 따른 진단방법이 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

⑪ 제9항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

⑫ 제3항의 '암' 중 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악

성신생물(암))의 경우 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류하지만, 제1항의 ‘남성통합암(전이포함)(유사암 제외)’에는 적용하지 않습니다.

**【 유의사항 】(제3항의 ‘암’에 한하여 적용)**

한국표준질병사인분류 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>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

### 제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보통약관 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 ‘남성통합암(전이포함)(유사암 제외)’에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

**【 예시안내 】**

< ‘남성통합암(전이포함)(유사암제외)’에 대한 보장개시일 >

② 제1항에도 불구하고 제9조(특약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 ‘남성통합암(전이포함)(유사암제외)’에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 제1항의 보장개시일 이후 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

다만, 회사가 제7조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

### 제5조 (특약의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'( '유사암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 '남성통합암(전이포함)진단보험금(두경부암)', '남성통합암(전이포함)진단보험금(위암 및 식도암)', '남성통합암(전이포함)진단보험금(소장·대장·항문암 및 기타암)', '남성통합암(전이포함)진단보험금(간·담낭·담도암 및 췌장암)', '남성통합암(전이포함)진단보험금(흉곽내기관·중피성암 및 연조직암)', '남성통합암(전이포함)진단보험금(골·피부 등 전신부위암)', '남성통합암(전이포함)진단보험금(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암)', '남성통합암(전이포함)진단보험금(남성생식기암)', '남성통합암(전이포함)진단보험금(뇌암 및 중추신경계통암),' '남성통합암(전이포함)진단보험금(혈액암)'를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 세부보장은 소멸되며, 소멸된 세부보장에 대해서는 해당 세부보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 세부보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

② 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 남성통합암(전이포함)진단보험금을 세부보장별로 각각 1회씩 총 10회 지급한 경우 최종 보험금 지급사유가 발생한때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 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 경우 회사는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제40조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '남성통합암(전이포함)

(유사암제외)' 에 대하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제9조 (특약의 자동갱신)**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약' 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이' 라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**
갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세
⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제10조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제11조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-160. 여성통합암(전이포함)진단(유사암제외)(간편건강고지)보장 특별약관

이 보장 특별약관은 여성에 한하여 가입가능합니다.

여성통합암(전이포함)진단(유사암제외)(간편건강고지)보장 특별약관은 아래의 세부보장(12개)으로 구성되어 있습니다.

- 여성통합암(전이포함)진단보험금(두경부암)
- 여성통합암(전이포함)진단보험금(위암및식도암)
- 여성통합암(전이포함)진단보험금(소장·대장·항문암 및 기타암)
- 여성통합암(전이포함)진단보험금(간·담낭·담도암 및 췌장암)
- 여성통합암(전이포함)진단보험금(흉곽내기관·중피성암 및 연조직암)
- 여성통합암(전이포함)진단보험금(골·피부 등 전신부위암)
- 여성통합암(전이포함)진단보험금(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암)
- 여성통합암(전이포함)진단보험금(여성생식기암)
- 여성통합암(전이포함)진단보험금(난소암)
- 여성통합암(전이포함)진단보험금(자궁암)
- 여성통합암(전이포함)진단보험금(뇌암 및 중추신경계통암)
- 여성통합암(전이포함)진단보험금(혈액암)

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '여성통합암(전이포함)(유사암제외)'으로 진단확정된 경우에는 암 구분에 따라 각각 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 여성통합암(전이포함)진단보험금으로 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다

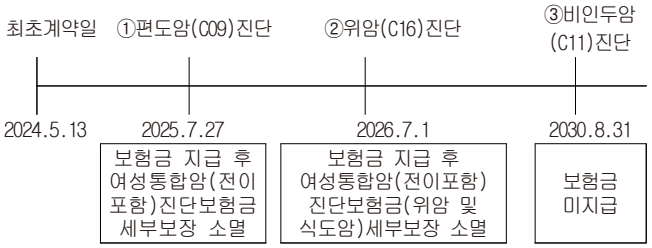
| 보험금의 종류 | 지급금액 | |
|---|---|---|
| | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 |
| 여성통합암(전이포함)진단보험금(두경부암) | '두경부암'으로 진단확정 된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% |
| 여성통합암(전이포함)진단보험금(위암 및 식도암) | '위암및식도암'으로 진단확정 된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% |
| 여성통합암(전이포함)진단보험금(소장·대장·항문암 및 기타암) | '소장 · 대장 · 항문암 및 기타암'으로 진단확정된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% |
| 여성통합암(전이포함)진단보험금(간·담낭·담도암 및 췌장암) | '간 · 담낭 · 담도암 및 췌장암'으로 진단확정된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% |
| 여성통합암(전이포함)진단보험금(흉곽내기관·중피성암 및 연조직암) | '흉곽내기관 · 중피성암 및연조직암'으로 진단확정 된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% |
| 여성통합암(전이포함)진단보험금(골·피부 등 전신부위암) | '골 · 피부 등 전신부위암'으로 진단확정 된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% |
| 여성통합암(전이포함)진단보험금(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암) | '유방 · 비뇨기관 · 부신암및내분비선암'으로 진단확정 된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% |
| 여성통합암(전이포함)진단보험금(여성생식기암) | '여성생식기암'으로 진단확정 된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% |
| 여성통합암(전이포함)진단보험금(난소암) | '난소암'으로 진단확정된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% |
| 여성통합암(전이포함)진단보험금(자궁암) | '자궁암'으로 진단확정된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% |

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | |
|---|---|---|---|
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 |
| 여성통합암(전이포함) 진단보험금(뇌암 및 중추신경계통암) | '뇌암및중추신경계통암'으로 진단확정 된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% |
| 여성통합암(전이포함) 진단보험금(혈액암) | '혈액암'으로 진단확정 된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% |

【 예시안내 】

※ 보험금 지급예시

<예시1> (동일 암구분의 원발암 진단시)

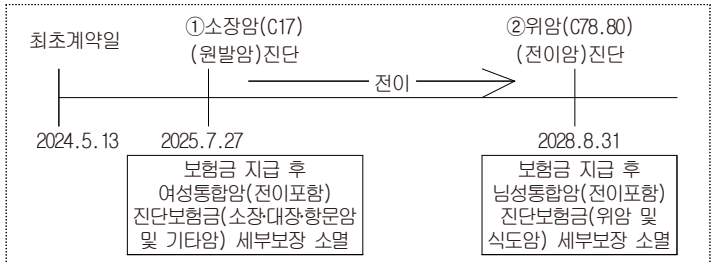



① '25.7.27 진단 확정된 편도암(C09)의 경우, **여성통합암(전이포함)진단보험금(두경부암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

② '26.7.1 진단 확정된 위암(C16)의 경우, **여성통합암(전이포함)진단보험금(위암 및 식도암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

③ '30.8.31 진단 확정된 비인두암(C11)의 경우, 이미 '25.7.27 여성통합암(전이포함)진단보험금(두경부암) 세부보장이 소멸되었으므로 **보험금 미지급**

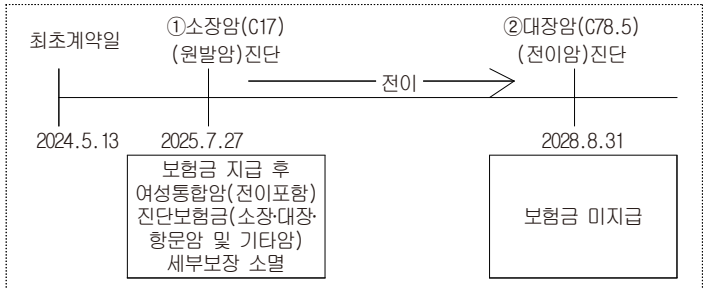
<예시2> (원발암과 다른 암구분의 전이암 진단시)




① '25.7.27 진단 확정된 소장암(C17)(원발암)의 경우, **여성통합암(전이포함)진단보험금(소장·대장·항문암 및 기타암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

② '28.8.31 진단 확정된 위암(C78.80)(전이암)의 경우, **여성통합암(전이포함)진단보험금(위암 및 식도암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

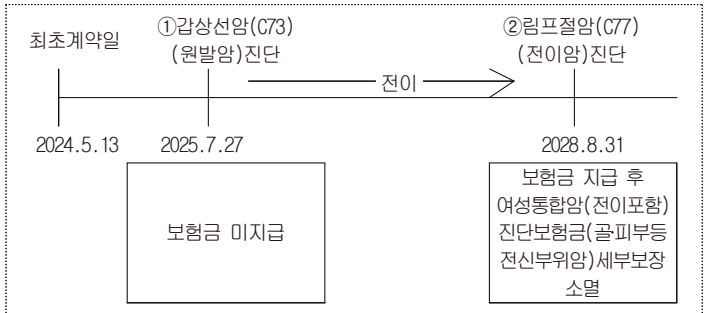
<예시3> (원발암과 동일 암구분의 전이암 진단시)




① '25.7.27 진단 확정된 소장암(C17)(원발암)의 경우, **여성통합암(전이 포함)진단보험금(소장·대장·항문암 및 기타암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

② '28.8.31 진단확정된 대장암(C78.5)(전이암)의 경우, 이미 '25.7.27 여성통합암(전이 포함)진단보험금 (소장·대장·항문암 및 기타암) 세부보장이 소멸되었으므로 **보험금 미지급**

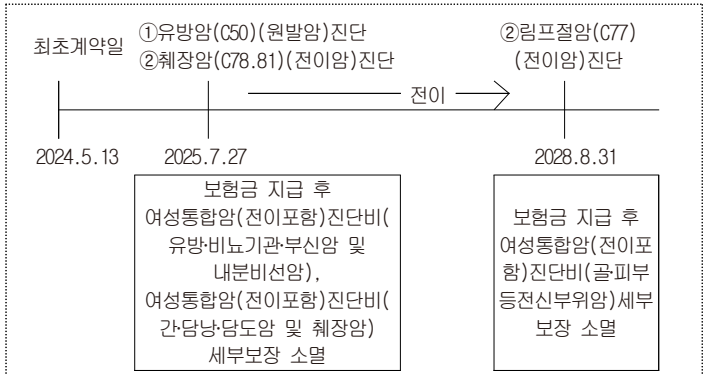
<예시4> (유사암 원발암 진단이후 전이암 진단시)




① '25.7.27 진단 확정된 갑상선암(C73)(원발암)의 경우, **여성통합암(전이포함)진단보험금(유사암 제외)보장 특별약관의 보험금 지급사유에 해당되지 않아 보험금 미지급**

② '28.8.31 진단확정된 림프절암(C77)의 경우 **여성통합암(전이포함)진단보험금(골·피부등전신부위암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

**<예시5> (원발암과 전이암 동시진단 및 이후 전이암 추가 진단시)**




① '25.7.27 진단 확정된 유방암(C50)(원발암)의 경우, **여성통합암(전이포함)진단비(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

② '25.7.27 진단 확정된 췌장암(C78.81)(전이암)의 경우, **여성통합암(전이포함)진단비(간·담낭·담도암 및 췌장암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

③ '28.8.31 진단 확정된 림프절암(C77)(전이암)의 경우, **여성통합암(전이포함)진단비(골·피부 등 전신부위암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

## 제2조 (여성통합암(전이 포함)(유사암제외) 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 여성통합암(전이포함)(유사암제외)'이라 함은 [별표88-2]에서 정한 '여성통합암(전이포함)진단보험금(두경부암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(위암 및 식도암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(소장·대장·항문암 및 기타암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(간·담낭·담도암 및 췌장암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(흉곽내기관·중피성암 및 연조직암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(골·피부 등 전신부위암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(여성생식기암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(난소암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(자궁암)' '여성통합암(전이포함)진단보험금(뇌암 및 중추신경계통암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(혈액암)' 을 총칭합니다. 다만 '기타피부암', '갑상선암' 또는 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다

② 이 특약에서 '여성통합암(전이포함)(유사암제외)'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표88-2] 여성통합암(전이포함)(유사암제외) 분류표에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

④ 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제5항에서 정한 '기타피부암', 제6항에서 정한 '갑상선암', 제7항에서 정한 '제자리암' 및 제8항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

⑤ 이 특약에서 ‘기타피부암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 ‘갑상선암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ 이 특약에서 ‘제자리암’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] ‘제자리신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

⑧ 이 특약에서 ‘경계성종양’이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

⑨ ‘통합암(전이포함)(‘유사암’ 제외), ‘암’ 및 ‘유사암’의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 ‘통합암(전이포함)’(‘유사암’ 제외), ‘암’ 및 ‘유사암’의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑩ 제9항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘통합암(전이포함)(유사암 제외)‘, ‘암’ 및 ‘유사암’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【 예시안내 】**

**< ‘제9항에 따른 진단방법이 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

⑪ 제9항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

⑫ 제3항의 ‘암’ 중 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류하지만, 제1항의 ‘여성통합암(전이포함)(유사암 제외)’에는 적용하지 않습니다.

**【 유의사항 】(제3항의 ‘암’에 한하여 적용)**

한국표준질병사인분류 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>

- ‘갑상선암(C73)’과 ‘갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)’로 진단된 경우 ‘갑상선암(C73)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘유방의 악성신생물(C50)’이 폐로 전이되어 ‘폐의 이차성 악성신생물(C78.0)’로 진단된 경우 ‘유방의 악성신생물(C50)’에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ‘위의 악성신생물(C16)’이 뇌로 전이되어 ‘뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)’로 진단된 경우 ‘위의 악성신생물(C16)’에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

### 제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보통약관 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3

항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '여성통합암(전이포함)(유사암 제외)'에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합

【 예시안내 】

< ' '여성통합암(전이 포함)(유사암제외)' 에 대한 보장개시일 >

② 피보험자가 보험기간 중에 제1항의 보장개시일 이후 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제7조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

### 제5조 (특약의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암'('유사암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'('유사암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

### 제6조 (특약의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 '여성통합암(전이포함)진단보험금(두경부암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(위암 및 식도암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(소장·대장·항문암 및 기타암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(간·담낭·담도암 및 췌장암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(흉곽내기관·중피성암 및 연조직암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(골·피부 등 전신부위암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(여성생식기암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(난소암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(자궁암)' '여성통합암(전이포함)진단보험금(뇌암 및 중추신경계통암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(혈액암)'를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 해당 보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

② 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성통합암(전이포함)진단보험금을 세부보장별로 각각 1회씩 총 12회 지급한 경우 최종 보험금 지급사유가 발생한때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 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 경우 회사는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과 보험료를 계약자에게 지급합니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제40조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '여성통합암(전이포함)(유사암제외)'에 대하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-161. 여성통합암(전이포함)진단(유사암제외)(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관

이 보장 특별약관은 여성에 한하여 가입가능합니다.

여성통합암(전이포함)진단(유사암제외)(간편건강고지)(갱신형)보장특별약관은 아래의 세부보장(12개)으로 구성되어 있습니다.

- 여성통합암(전이포함)진단보험금(두경부암)
- 여성통합암(전이포함)진단보험금(위암및식도암)
- 여성통합암(전이포함)진단보험금(소장·대장·항문암 및 기타암)
- 여성통합암(전이포함)진단보험금(간·담낭·담도암 및 췌장암)
- 여성통합암(전이포함)진단보험금(흉곽내기관·중피성암 및 연조직암)
- 여성통합암(전이포함)진단보험금(골·피부 등 전신부위암)
- 여성통합암(전이포함)진단보험금(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암)
- 여성통합암(전이포함)진단보험금(여성생식기암)
- 여성통합암(전이포함)진단보험금(난소암)
- 여성통합암(전이포함)진단보험금(자궁암)
- 여성통합암(전이포함)진단보험금(뇌암 및 중추신경계통암)
- 여성통합암(전이포함)진단보험금(혈액암)

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일 이후 '여성통합암(전이포함)(유사암제외)'으로 진단확정된 경우에는 암 구분에 따라 각각 최초 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 여성통합암(전이포함)진단

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 여성통합암(전이포함)진단보험금(두경부암) | '두경부암'으로 진단확정 된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% | |
| 여성통합암(전이포함)진단보험금(위암 및 식도암) | '위암및식도암'으로 진단확정 된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% | |
| 여성통합암(전이포함)진단보험금(소장·대장·항문암 및 기타암) | '소장 · 대장 · 항문암 및 기타암'으로 진단확정된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% | |
| 여성통합암(전이포함)진단보험금(간·담낭·담도암 및 췌장암) | '간 · 담낭 · 담도암 및 췌장암'으로 진단확정된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% | |
| 여성통합암(전이포함)진단보험금(흉곽내기관·중피성암 및 연조직암) | '흉곽내기관 · 중피성암 및연조직암'으로 진단확정 된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% | |
| 여성통합암(전이포함)진단보험금(골·피부 등 전신부위암) | '골 · 피부 등 전신부위암'으로 진단확정 된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% | |
| 여성통합암(전이포함)진단보험금(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암) | '유방 · 비뇨기관 · 부신암및내분비선암'으로 진단확정 된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% | |
| 여성통합암(전이포함)진단보험금(여성생식기암) | '여성생식기암'으로 진단확정 된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% | |
| 여성통합암(전이포함)진단보험금(난소암) | '난소암'으로 진단확정된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% | |
| 여성통합암(전이포함)진단보험금(자궁암) | '자궁암'으로 진단확정된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% | |

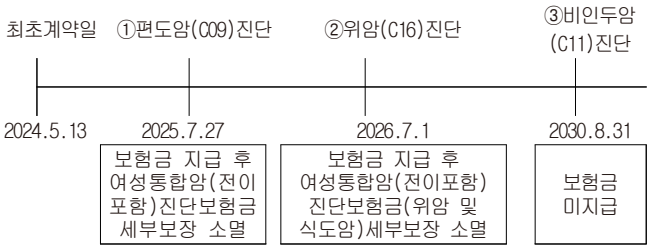
| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 여성통합암(전이포함) 진단보험금(뇌암 및 중추신경계통암) | '뇌암및중추신경계통암'으로 진단확정 된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% | |
| 여성통합암(전이포함) 진단보험금(혈액암) | '혈액암'으로 진단확정된 경우 | 이 세부보장의 보험가입금액 50% | 이 세부보장의 보험가입금액 100% | |

보험금으로 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다

【 예시안내 】

※ 보험금 지급예시

<예시1> (동일 암구분의 원발암 진단시)

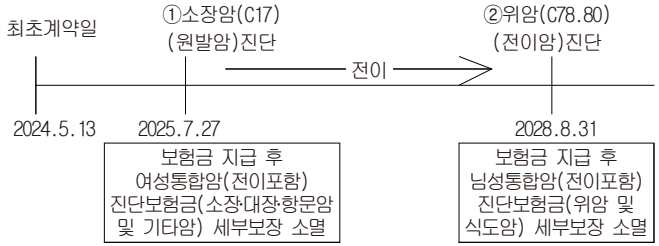



① '25.7.27 진단 확정된 편도암(C09)의 경우, **여성통합암(전이포함)진단보험금(두경부암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

② '26.7.1 진단 확정된 위암(C16)의 경우, **여성통합암(전이포함)진단보험금(위암 및 식도암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

③ '30.8.31 진단 확정된 비인두암(C11)의 경우,이미 '25.7.27 여성통합암(전이포함)진단보험금(두경부암) 세부보장이 소멸되었으므로 **보험금 미지급**

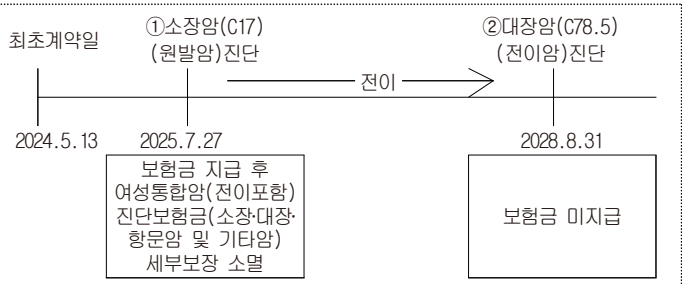
<예시2> (원발암과 다른 암구분의 전이암 진단시)




① '25.7.27 진단 확정된 소장암(C17)(원발암)의 경우, **여성통합암(전이포함)진단보험금(소장·대장·항문암 및 기타암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

② '28.8.31 진단 확정된 위암(C78.80)(전이암)의 경우, **여성통합암(전이포함)진단보험금(위암 및 식도암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

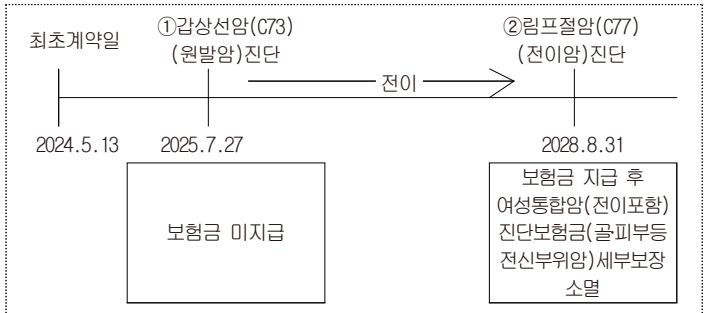
<예시3> (원발암과 동일 암구분의 전이암 진단시)




① '25.7.27 진단 확정된 소장암(C17)(원발암)의 경우, **여성통합암(전이 포함) 진단보험금(소장·대장·항문암 및 기타암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

② '28.8.31 진단확정된 대장암(C78.5)(전이암)의 경우, 이미 '25.7.27 여성통합암(전이 포함)진단보험금 (소장·대장·항문암 및 기타암) 세부보장이 소멸되었으므로 **보험금 미지급**

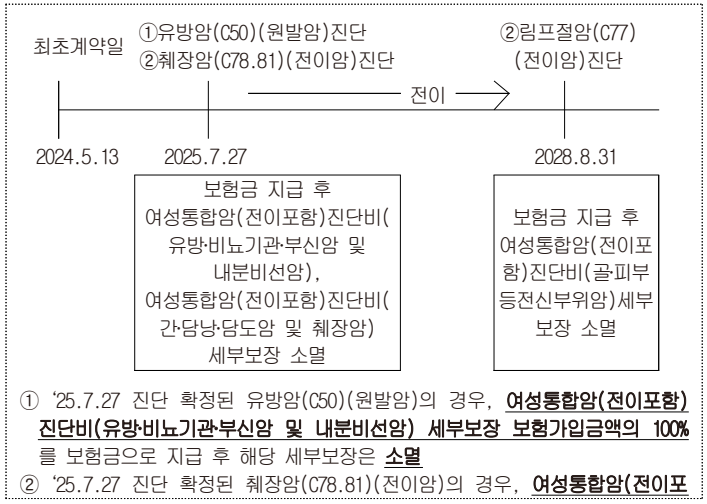
<예시4> (유사암 원발암 진단이후 전이암 진단시)




① '25.7.27 진단 확정된 갑상선암(C73)(원발암)의 경우, **여성통합암(전이포함)진단보험금(유사암 제외)보장 특별약관의 보험금 지급사유에 해당되지 않아 보험금 미지급**

② '28.8.31 진단확정된 림프절암(C77)의 경우 **여성통합암(전이포함)진단보험금(골·피부등전신부위암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

**<예시5> (원발암과 전이암 동시진단 및 이후 전이암 추가 진단시)**




① '25.7.27 진단 확정된 유방암(C50)(원발암)의 경우, **여성통합암(전이포함)진단비(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

② '25.7.27 진단 확정된 췌장암(C78.81)(전이암)의 경우, **여성통합암(전이포함)진단비(간·담낭·담도암 및 췌장암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

③ '28.8.31 진단 확정된 림프절암(C77)(전이암)의 경우, **여성통합암(전이포함)진단비(골·피부 등 전신부위암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

## 제2조 (여성통합암(전이 포함)(유사암제외) 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에서 여성통합암(전이포함)(유사암제외)'이라 함은 [별표88-2]에서 정한 '여성통합암(전이포함)진단보험금(두경부암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(위암 및 식도암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(소장·대장·항문암 및 기타암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(간·담낭·담도암 및 췌장암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(흉곽내기관·중피성암 및 연조직암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(골·피부 등 전신부위암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(여성생식기암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(난소암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(자궁암)' '여성통합암(전이포함)진단보험금(뇌암 및 중추신경계통암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(혈액암)' 을 총칭합니다. 다만 '기타피부암', '갑상선암' 또는 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다

② 이 특약에서 '여성통합암(전이포함)(유사암제외)'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표88-2] 여성통합암(전이포함)(유사암제외) 분류표에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

④ 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제5항에서 정한 '기타피부암', 제6항에서 정한 '갑상선암', 제7항에서 정한 '제자리암' 및 제8항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

⑤ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ 이 특약에서 '제자리암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑧ 이 특약에서 '경계성종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑨ '통합암(전이포함)('유사암' 제외), '암' 및 '유사암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '통합암(전이포함)'('유사암' 제외), '암' 및 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑩ 제9항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '통합암(전이포함)(유사암 제외)', '암' 및 '유사암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【 예시안내 】**

**< '제9항에 따른 진단방법이 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

⑪ 제9항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

⑫ 제3항의 '암' 중 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류하지만, 제1항의 '여성통합암(전이포함)(유사암 제외)'에는 적용하지 않습니다.

**【 유의사항 】(제3항의 '암'에 한하여 적용)**

한국표준질병사인분류 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>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

### 제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보통약관 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3

항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '여성통합암(전이포함)(유사암 제외)' 에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합

【 예시안내 】

< ' '여성통합암(전이 포함)(유사암제외)' 에 대한 보장개시일 >

② 제1항에도 불구하고 제9조(특약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '여성통합암(전이포함)(유사암제외)' 에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 제1항의 보장개시일 이후 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제7조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

### 제5조 (특약의 무효)

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 '암' ( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암' ( '유사암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

### 제6조 (특약의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 '여성통합암(전이포함)진단보험금(두경부암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(위암 및 식도암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(소장·대장·항문암 및 기타암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(간·담낭·담도암 및 췌장암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(흉곽내기관·중피성암 및 연조직암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(골·피부 등 전신부위암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(여성생식기암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(난소암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(자궁암)' '여성통합암(전이포함)진단보험금(뇌암 및 중추신경계통암)', '여성통합암(전이포함)진단보험금(혈액암)' 를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 해당 보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

② 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성통합암(전이포함)진단보험금을 세부보장별로 각각 1회씩 총 12회 지급한 경우 최종 보험금 지급사유가 발생한때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약

관의 계약자적립액과 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 경우 회사는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제40조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '여성통합암(전이포함)(유사암제외)'에 대하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제9조 (특약의 자동갱신)**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제10조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제11조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-162. 표적항암약물허가치료(비급여)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항 및 제5항에서 정한 보장개시일 이후 '암'으로 진단확정되고, 그 '암'의 치료를 직접적인 목적으로 '비급여 표적항암약물허가치료'를 받은 경우에는 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

다만, 피보험자가 '암'( '기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 제1호의 암의 비급여 표적항암약물허가치료보험금을 지급받은 이후에 진단받은 '기타피부암' 또는 '갑상선암'은 비급여 표적항암약물허가치료보험금을 지급하지 않습니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 1. 암의 비급여 표적항암약물 허가치료보험금 | '암'( '기타피부암', '갑상선암' 제외)으로 '비급여 표적항암약물허가치료'를 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |
| 2. 기타피부암의 비급여 표적항암약물 허가치료보험금 | '기타피부암'으로 '비급여 표적항암약물허가치료'를 받은 경우 | | | |
| 3. 갑상선암의 비급여 표적항암약물 허가치료보험금 | '갑상선암'으로 '비급여 표적항암약물허가치료'를 받은 경우 | | | |

**제2조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ '암'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【 예시안내 】**

**< '제4항에 따른 진단방법이 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 제4항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**【 유의사항 】**

한국표준질병사인분류 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>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

**제3조 (항암약물치료의 정의)**

이 특약에서 '항암약물치료'라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

**제4조 (표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 비급여 표적항암약물허가치료의 정의)**

① 이 특약에서 '표적항암제'란 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)'(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 '표적항암제'의 범위에서 제외됩니다.

**【 용어해설 】**

**< 호르몬 관련 치료제 >**

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제재, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

**< 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내 >**

- 식품의약품안전처의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.
  단, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 변동될 수 있습니다.
- 성분명 : '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명 : 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. "표적항암제" 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 '표적항암약물허가치료'라 함은 제3조(항암약물치료의 정의)에서 정한 '항암약물치료' 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 '암'의 치료를 직접적인 목적으로 제1항에서 정한 '표적항암제'를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 '안정성과 유효성 인정 범위'라 함은 다음 각호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」범위 외 사용이지만,

'암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우

【 용어해설 】

**< 암질환심의위원회>**

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

**< '안전성과 유효성 인정 범위' 확인 방법 >**

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
- 의약품 검색

·식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원((https://hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 '표적항암제' 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 '비급여 표적항암약물허가치료'라 함은 제2항에서 정한 '표적항암약물허가치료' 중 '비급여' 대상에 해당되는 치료를 말합니다.

【 예시안내 】

**< '비급여 표적항암제' 예시>**

2024년 2월 기준 비급여 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명은 아래 의약품 등이 있으며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료이므로, 처방된 항암제의 비급여 표적항암제 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

| 번호 | 성분명(국문·영문) | 의약품명(국문) |
|---|---|---|
| 1 | 카프마티닙염산염일수화물<br>Capmatinib Hydrochloride Monohydrate | 타브렉타정200밀리그램(카프마티닙염산염일수화물) |
| | | 타브렉타정150밀리그램(카프마티닙염산염일수화물) |
| 2 | 프랄세티닙분무건조분산체<br>Pralsetinib Spray Dried Dispersion | 가브레토캡슐100밀리그램<br>(프랄세티닙) |

⑥ 제5항의 "비급여"라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.

⑦ 전액본인부담금(100/100)(요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우)은 급여에 해당하므로 "비급여"로 보지 않습니다.

**제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 갱신계약에서 피보험자에게 '기타피부암', '갑상선암'으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 보험금이 지급된 '기타피부암', '갑상선암'과 동일한 질병인 경우(갱신 전 계약에서 이미

보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일 이전에 진단확정되어 보험금이 지급된 '기타피부암', '갑상선암'이라 하더라도, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.

**【 유의사항 】**

추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 해당 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

③ 제2항의 '보험금 지급사유 발생 이후 최초로 갱신되는 특약의 보장개시일부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

다만, '기타피부암' 및 '갑상선암'에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

**【 예시안내 】**

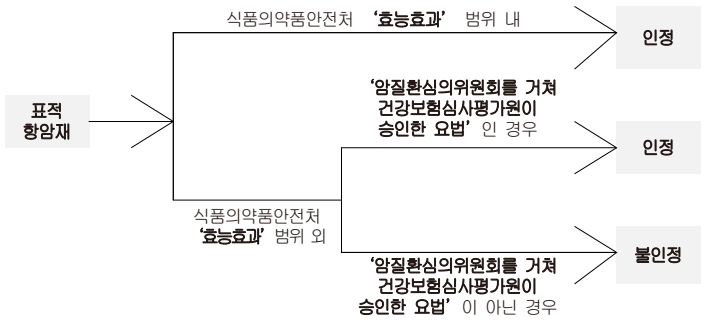
**< '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일 >**

⑤ 제4항에도 불구하고 제35조(특약의 자동갱신) 제1항에서 정한 갱신계약의 경우에는 '암'('기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대한 보장개시일을 갱신일로 합니다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유)의 비급여 표적항암약물허가치료보험금은 '비급여' 표적항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【 용어해설 】

< 표적항암제의 안정성 및 유효성 인정 범위 >

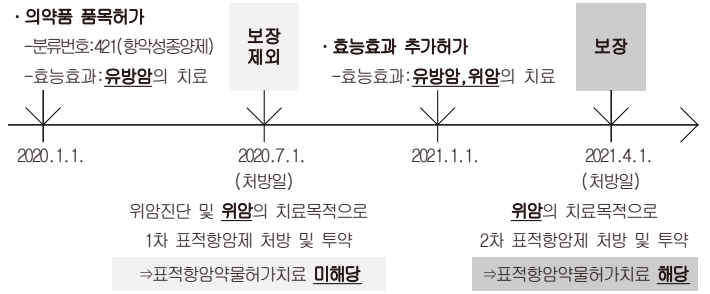



⑦ 제1조(보험금의 지급사유)의 '비급여 표적항암약물허가치료를 받은 경우' 라 함은 '비급여' 에 해당되는 표적항암제를 처방받고 약물이 투여되었을때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 비급여 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가)예시 >

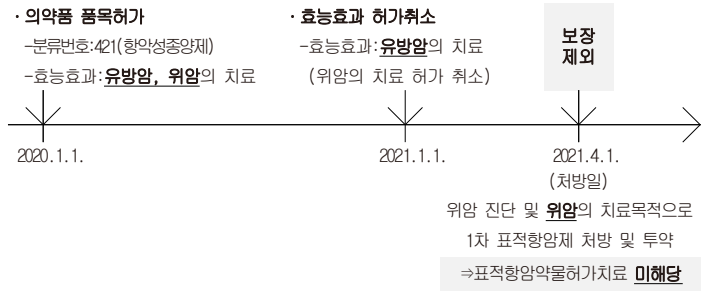
: 의약품의 효능효과 추가 허가




【 예시안내 】

< 안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제)예시 >

: 의약품의 효능효과 허가 취소




⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판

정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제7조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
      (1) 진단명
      (2) 투약한 약제의 제품명
      (3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
      (5) 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과) 이내 사용근거 및 소견
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

**제8조 (특약의 무효)**

보통약관 제31조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특약의 계약일부터 ‘ ‘암’ ( ‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 ‘암’ ( ‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 진단확정된 경우에는 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특약의 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 ‘암의 비급여 표적항암약물허가치료보험금’ 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제40조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'( '기타피부암', '갑상선암' 제외)에 대하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항의 보장개시일을 다시 적용합니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

### 제9조 (특약의 자동갱신)

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**
갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세
⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

### 제10조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제11조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-163 간병인사용질병입원일당Ⅷ(181-365일)(간편건강고지)보장 특별약관 / 간병인사용질병입원일당Ⅷ(181-365일)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

간병인사용질병입원일당Ⅷ(181-365일)(간편건강고지)보장 및 간병인사용질병입원일당Ⅷ(181-365일)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관은 '질병간호간병통합서비스사용일당(요양,정신,한방병원제외)(181일이상,일반병동/재활병동)보장'과 '간병인사용질병입원일당(요양,정신,한방병원및의원제외)(181일이상)' 의 2개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

## 2-163-1 질병간호간병통합서비스사용일당(요양,정신,한방병원제외)(181일이상,일반병동/재활병동)보장

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원(요양병원, 정신병원 및 한방병원)에 181일 이상 계속입원하여 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용하여 일반병동 또는 재활병동에서 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 181일째 입원일로부터 간호·간병통합서비스를 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 각호의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.
다만, 간호·간병통합서비스(일반병동/재활병동)사용 질병입원급여금(요양/정신/한방병원제외)(181일이상) 의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1.간호·간병통합서비스(일반병동)사용질병입원급여금(요양/정신/한방병원제외)(181일이상) | 질병으로 181일이상 계속입원하여 간호·간병통합서비스(일반병동)를 사용하여 치료를 받은 경우 | 181일째 입원일로부터 사용한 날에 대하여 1일당 이 보장의 보험가입금액(185일한도) |
| 2.간호·간병통합서비스(재활병동)사용질병입원급여금(요양/정신/한방병원제외)(181일이상) | 질병으로 181일이상 계속입원하여 간호·간병통합서비스(재활병동)를 사용하여 치료를 받은 경우 | 181일째 입원일로부터 사용한 날에 대하여 1일당 이 보장의 보험가입금액(185일 한도) |

제2조 (병원 등의 정의)

① 이 보장에서 '병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.
② 이 보장에서 '요양병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.
③ 이 보장에서 '정신병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 정신병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 정신병원을

말합니다.

④ 이 보장에서 '한방병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 한방병원을 말합니다.

⑤ 이 보장에서 '의원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 의원급 의료기관 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의원급 의료기관을 말합니다.

### 제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 간호·간병통합서비스 사용 질병입원급여금(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 '질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원'이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 181일이상 계속입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 간호·간병통합서비스 사용 질병입원급여금(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)을 지급합니다.

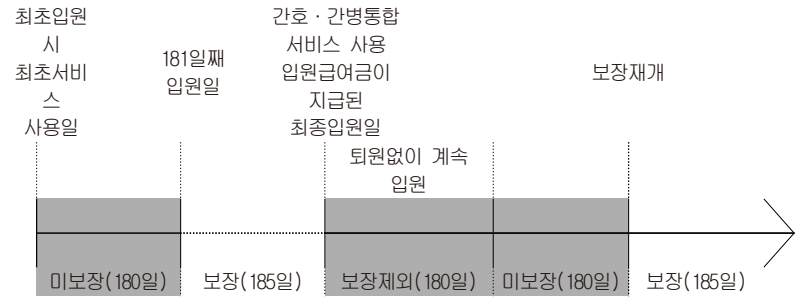
④ 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 181일이상 계속입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 181일째 입원일로부터 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간호·간병통합서비스 사용 질병입원급여금(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)을 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 간호·간병통합서비스 사용 질병입원급여금을 지급하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.

그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 간호·간병통합서비스 사용 질병입원급여금(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 간호·간병통합서비스 사용 질병입원급여금(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 질병입원급여금(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【 예시안내 】




⑥ 피보험자가 병원(요양병원,정신병원 및 한방병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 간호·간병통합서비스 사용 입원일수를 더합니다.

⑦ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속 보장합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스 사용 질병입원급여금(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

**제5조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다. 단, 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

**제6조 (보장의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신

계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이' 라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**
갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세
⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.
⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제9조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**
**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**
① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.
② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제10조 (준용규정)**
이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-163-2 간병인사용질병입원일당(요양,정신,한방병원 및의원제외)(181일이상)보장

**제1조 (보험금의 지급사유)**
회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원(요양병원, 정신병원, 한방병원 및 의원제외)에 181일 이상 계속입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우에는 181일째 입원일로부터 간병일을 사용한 날에 대하여 1일당 질병입원간병인사용급여금(요양/정신/한방병원및의원제외)(181일이상)의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.
다만, 질병입원간병인사용급여금(요양/정신/한방병원및의원제외)(181일이상)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급기준*<br>(사용금액) | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 질병입원<br>간병인사용급여금<br>(요양/정신/한방병원및의원제외)<br>(181일이상) | 질병으로 병원(요양/정신/한방병원및의원제외)에 181일이상 계속입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우 | 8만원 미만 | 181일째 입원일로부터 간병인을 사용한 날에 대하여 1일당 이 보장의 보험가입금액의 50%<br>(185일한도) |
| | | 8만원 이상 | 181일째 입원일로부터 간병인을 사용한 날에 대하여 1일당 이 보장의 보험가입금액의 100%<br>(185일한도) |

※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.

※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병 사용 시작일자와 간병 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에는 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

【 예시안내 】

**< 간병인 사용일수에 따른 지급금액 계산 >**

· 보험계약일(보장개시일): 2024년 4월 1일, 보험가입금액 : 6만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2024년 5월 1일 ~ 2024년 11월 30일 (입원일수 214일)
- 간병인 사용일 및 사용금액

사용1. 2024년 5월 10일 ~ 2024년 11월 20일 : 총 사용일수 195일, 사용금액 총 1,773만원

☞ (1일당 평균 8만원 이상에 해당) → 가입금액 6만원 X 15일(=195일-180일) = 90만원 지급

사용2. 2024년 11월 22일 ~ 11월 26일 오전, 11월 27일 오후 ~ 11월 29일 :총 사용일수 8일, 사용금액 52만원

☞ (1일당 평균 8만원 미만에 해당) → 가입금액 6만원 X 50% X 8일 = 24만원 지급

· 총 간병인사용입원일당 지급금액

: 간병인 사용일수 23일

보험금 90만원 + 24만원 = 114만원 지급

**제2조 (병원 등의 정의)**

① 이 보장에서 '병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

② 이 보장에서 '요양병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

③ 이 보장에서 '정신병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 정신병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 정신병원을 말합니다.

④ 이 보장에서 '한방병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 한방병원을 말합니다.

⑤ 이 보장에서 '의원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 의원급 의료기관 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의원급 의료기관을 말합니다.

### 제3조 (입원의 정의와 장소)

이 보장에서 '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(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

**【 유의사항 】**

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >
- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

### 제4조 (간병인의 정의)

① 이 보장에서 '간병인'이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체에서 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 '개인간병 및 유사서비스업' 또는 '개인간병인' 등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 '간병서비스'라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스의 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

**【 예시안내 】**

**< 간병인의 주요업무 >**
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

### 제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 '질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원'이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

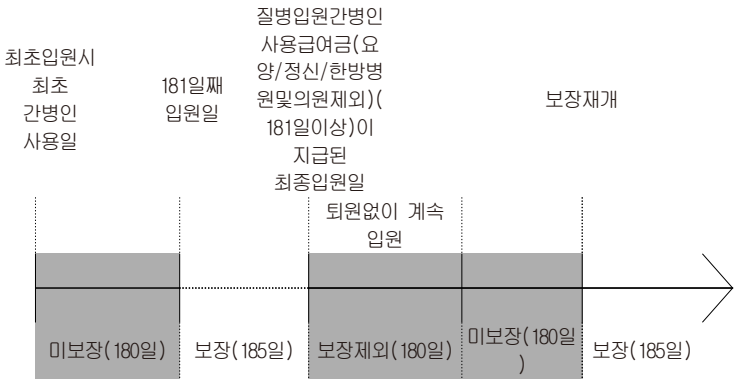
다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

③ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원간병인사용급여금(요양/정신/한방병원및의원제외)(181일이상)이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 질병입원간병인사용급여금(요양/정신/한방병원및의원제외)(181일이상)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원간병인사용급여금(요양/정신/한방병원및의원제외)(181일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【 예시안내 】




④ 피보험자가 병원(요양병원,정신병원,한방병원및의원제외)에 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유)의 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

### 제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

### 제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.

1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다)
   다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.

2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

**제8조 (보장의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제9조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제10조 (특약의 자동갱신)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제11조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

**<이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에 한해 적용합니다.>**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제12조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 2-164 뇌동맥류(비파열성)진단(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '뇌동맥류(비파열성)'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 최초계약 | | | 갱신계약 |
| | | 계약일부터 90일 이내 | 계약일부터 90일 초과 1년 미만 | 계약일부터 1년 이상 | |
| 뇌동맥류(비파열성)진단보험금 | '뇌동맥류(비파열성)'으로 진단확정된 경우 | 이 특약 보험가입금액의 10% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 50% 해당액 | 이 특약 보험가입금액의 100% 해당액 | |

**제2조 ( '뇌동맥류(비파열성)'의 정의 및 진단확정)**

① 이 특별약관에서 '뇌동맥류(비파열성)'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표에 있어서 [별표89] "뇌동맥류(비파열성) 분류표"에 해당하는 질병을 말합니다. 이 때, "선천성(비파열성) 대뇌동맥류(Q28.3)"는 보장하지 않으며, "파열되지 않은 대뇌동맥의 박리(I67.0)"와 "기타 대뇌전 동맥의 동맥류 및 박리(I72.5)"도 제외됩니다.

② '뇌동맥류(비파열성)'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자 방출단층술(PET), 단일광자방출전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 '뇌동맥류(비파열성)'로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 '뇌동맥류(비파열성)'로 확정되거나 추정되는 경우

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제6조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에

대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌동맥류(비파열성)진단보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

# 3. 상해 및 질병관련 특별약관

## 3-1 깁스치료보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해 또는 질병의 직접결과로써 '깁스치료'를 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 깁스치료 보험금 | 상해 또는 질병으로 '깁스치료'를 받은 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

**제2조 (깁스치료의 정의)**

이 특약에서 '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 관리하에 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 말합니다.

단, 환자의 근골격계 손상 부위의 움직임을 방지하기 위하여 의사의 관리하에 근골격계 손상 부위의 일측면 또는 양측면을 부목(Splint)으로 고정하면서 지지하는 치료인 부목(Splint)치료는 제외합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 동일한 상해 또는 질병으로 인하여 깁스치료를 2회 이상 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료보험금을 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 3-2 응급실내원진료비(응급)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '응급환자'로 '응급실'에 내원하여 진료받은 경우에는 내원 1회당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

이 때 응급실 도착전 사망하였거나 외부에서 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

다만, 응급실이 아닌 곳에서의 야간진료 또는 외래진료를 받은 경우는 제외합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 응급실 내원진료비 (응급) | '응급환자'로 '응급실'에 내원하여 진료받은 경우 | 이 특약 보험가입금액 |

**제2조 (응급실, 응급환자의 정의)**

① 이 특약에서 '응급실'이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관), 응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실 및 종합병원의 응급실을 말합니다.

**【 관련법규 】**

**※ 응급의료에 관한 법률 제2조(정의)**

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 중앙응급 의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

**※ 응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)**

이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 그러하지 아니하다.

② 이 특약에서 '응급환자'라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)에서 정하는 자로 「응급증상 및 이에 준하는 증상」 또는 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다.

**【 관련법규 】**

**※ 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)**

「응급의료에 관한 법률」(이하 '법'이라 한다) 제2조 제1호에서 '보건복지부령이 정하는 자'란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

※ 응급증상 및 이에 준하는 증상

1. 응급증상
   가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
   나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
   다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
   라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·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℃ 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

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
   1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
      다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
   2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
      다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
   3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
   1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합

니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩

2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 회사는 제1항 및 제2항 이외에도 '응급환자'에 해당하지 않으나 '응급실'에 내원하여 진료받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

**제5조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 응급실 기록지 사본 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명 사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

**【 관련법규 】**

**※ 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관의 구분**

- 의원급 의료기관: 주로 외래환자를 대상으로 하는 의원, 치과의원, 한의원
- 병원급 의료기관: 주로 입원환자를 대상으로 하는 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원
- 조산원: 조산사가 임부, 해산부 등을 대상으로 보건활동 등을 하는 의료기관

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 3-3 보험료납입면제대상(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (특약의 보험기간)**

이 특별약관의 보험기간은 기본계약의 보험료납입기간과 동일합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

**제2조 (보험금의 지급사유)**

회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급하여 드립니다.

가. 상해 또는 질병의 직접결과로써 장해분류표([별표1] '장해분류표'

참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우

나. 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후 '암'('유사암' 제외)으로 진단확정되거나, 보험기간 중에 '뇌졸중' 또는 '급성심근경색' 으로 진단확정된 경우

다. 상해의 직접결과로써 '뇌손상' 또는 '내장손상'을 입고 사고일부터 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 '개두(開頭)수술', '개흉(開胸)수술' 또는 '개복(開腹)수술'(이하 '중대한특정상해수술'이라 합니다.)을 받은 경우

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 보험료납입면제대상 | 상해 또는 질병으로 장해지급률이 80%이상에 해당하거나, 보장개시일 이후 '암'('유사암' 제외)으로 진단확정되거나, 보험기간 중에 '뇌졸중' 또는 '급성심근경색증' 으로 진단 확정된 경우 또는 중대한특정상해수술을 받은 경우 | 이 특약의 가입금액 |

**제3조 (암 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표11] '악성신생물(암) 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, '전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 이 특약에서 '유사암'이라 함은 제3항에서 정한 '기타피부암', 제4항에서 정한 '갑상선암', 제5항에서 정한 '제자리암' 및 제6항에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

③ 이 특약에서 '기타피부암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특약에서 '갑상선암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특약에서 '제자리암'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표12] '제자리신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특약에서 '경계성종양'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표13] '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ '암('유사암' 제외)' 및 '유사암' 의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제7항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 '암'('유사암' 제외) 및 '유사암'으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**【 예시안내 】**

**< '제7항에 따른 진단방법이 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

**【 유의사항 】**

한국표준질병사인분류 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>

- '갑상선암(C73)'과 '갑상선암의 림프절 전이로 인해 림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물(C77)'로 진단된 경우 '갑상선암(C73)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '유방의 악성신생물(C50)'이 폐로 전이되어 '폐의 이차성 악성신생물(C78.0)'로 진단된 경우 '유방의 악성신생물(C50)'에 해당하는 질병으로 봅니다.
- '위의 악성신생물(C16)'이 뇌로 전이되어 '뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(C79.3)'로 진단된 경우 '위의 악성신생물(C16)'에 해당하는 질병으로 봅니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

⑨ 제7항의 진단확정은 병리학적 검사결과와 임상소견이 상이할 경우 병리학적검사 결과를 우선 적용하며, 병리검사 결과보고일을 진단 기준일로 합니다.

**제4조 (뇌졸중의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '뇌졸중'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표14] '뇌졸중 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② '뇌졸중'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌졸중으로 확정되거나 추정되는 경우

**제5조 (급성심근경색증의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '급성심근경색증'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표16] '급성심근경색증 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② '급성심근경색증'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

**제6조 (뇌손상 등의 정의)**

① 이 특약에서 '뇌손상'이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표10] '중대한 특정상해 분류표'에 해당하는 기질적 손상을 입은 경우를 말합니다.

② 이 특약에서 '내장손상'이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표10] '중대한 특정상해 분류표'에 해당하는 기질적 손상을 입은 경우를 말합니다.

③ 이 특약에서 '개두(開頭)수술', '개흉(開胸)수술', '개복(開腹)수술'이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은 '개두(開頭)수술', '개흉(開胸)수술', '개복(開腹)수술'로 보지 않습니다.

1. '개두(開頭)수술' 이라 함은 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.
2. '개흉(開胸)수술'이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도수술 등 흉강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다.
   또한 개흉수술에 준하는 것은 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.
3. '개복(開腹)수술'이라 함은 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다.
   또한 개복수술에 준하는 것으로서 신장, 뇨관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적조작에 의한 것은 해당되지 않습니다.

**제7조 (수술의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함됩니다.

③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각호의 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) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당되지 않는 시술

**【 용어해설 】**

**[신의료기술평가위원회]**
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

**【 예시안내 】**

**<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>**

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개 또는 배농술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

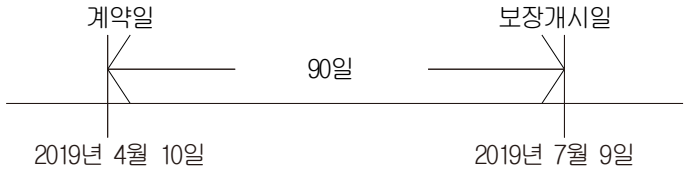
※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

**제8조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항 내지 제3항의 규정에도 불구하고 이 특약에서 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

**【 예시안내 】**

< '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 >




② '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'( '유사암' 제외)으로 진단확정된 경우에는 그 진단확정일부터 그 날을 포함하여 90일 이내 이 특약을 취소할 수 있으며 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 이 특약의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

③ '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 이전에 '암'( '유사암' 제외)으로 진단확정되었으나, 제2항에 따라 계약자가 이 특약의 취소를 선택하지 않은 때에는 이 특약의 보장개시일부터 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 이전에 진단확정된 '암'( '유사암' 제외)이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 '암'( '유사암' 제외)으로 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우라도 보험금을 지급하지 않습니다.

다만, '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 전일 이전에 '암'( '유사암' 제외)으로 진단확정 받더라도 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 '암'( '유사암' 제외)으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 제1항에서 정한 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장개시일부터 5년이 지난 이후에 제2조(보험금의 지급사유) 의 '암'( '유사암' 제외)에 대한 보장을 개시합니다.

**【 유의사항 】**

추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 해당 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

④ 제2조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

다만, 장해분류표(별표1)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내

⑥ 장해분류표(별표1)에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표(별표1)의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

다만, 장해분류표(별표1)의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 장해지급률을 적용하지 않습니다.

⑦ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 지급합니다.

다만, 장해분류표(별표1)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정하고, 이전에 발생한 후유장해에 대한 후유장해지급률을 더하지 않습니다.
다만, 장해분류표(별표1)의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 다음 각 호의 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 보험료납입면제대상보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 이미 지급받은 보험료납입면제대상보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.

1. 이미 이 계약에서 보험료납입면제대상보험금 지급사유에 해당되지 않았을 경우(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다)
2. 보험료납입면제대상보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우

【 예시안내 】

< 장해지급률의 계산 예시 >
보험가입 전 한 팔의 뼈에 기형(지급률 5%)이 있는 피보험자가 보험가입 후 한 팔의 손목 이상을 잃었을 경우(지급률 60%)
장해지급률 계산
• **장해지급률 = 55%**(보험가입 후 발생한 장해(60%)-보험가입 전 장해지급률(5%))

⑩ 동일한 사고로 인하여 제2조(보험금의 지급사유) 다목에 해당하는 사유가 두 가지 이상 발생한 경우에도 한 가지 사유에 의한 보험료납입면제대상 보험금만을 지급합니다.

⑪ 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제2조(보험금의 지급사유) 나목에 해당하는 사유를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제11조(약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금) 제1항에 따라 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제10조 (특약의 소멸)**

피보험자에게 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생하거나 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제11조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제10조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제12조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하며, '암'( '유사암' 제외)에 대하여 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 다시 적용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제13조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제3조의2(보험료 납입면제), 제10조(납입면제에 관한 세부규정), 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 3-4 상해질병급여치료지원금(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

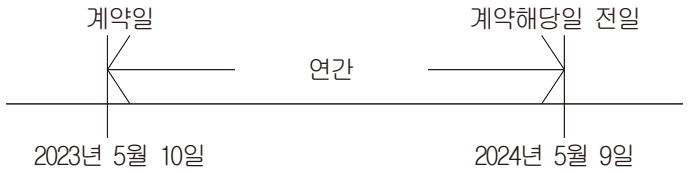
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 하는 '연간 본인부담 급여의료비 총액'이 1백만원 이상인 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

<table>
<tr><th colspan="2">보험금의 종류</th><th colspan="2">지급금액</th></tr>
<tr><td rowspan="6">상해질병<br>급여치료<br>지원금</td><td rowspan="6">연간 본인부담<br>급여의료비<br>총액이<br>1백만원<br>이상인 경우</td><td>연간 본인부담<br>급여의료비 총액</td><td>지급금액</td></tr>
<tr><td>1백만원 이상<br>2백만원 미만</td><td>이 보장의<br>보험가입금액<br>(연간1회한)</td></tr>
<tr><td>2백만원 이상<br>3백만원 미만</td><td>이 보장의<br>보험가입금액<br>(연간1회한)</td></tr>
<tr><td>3백만원 이상<br>5백만원 미만</td><td>이 보장의<br>보험가입금액<br>(연간1회한)</td></tr>
<tr><td>5백만원 이상<br>1천만원 미만</td><td>이 보장의<br>보험가입금액<br>(연간1회한)</td></tr>
<tr><td>1천만원 이상</td><td>이 보장의<br>보험가입금액<br>(연간1회한)</td></tr>
</table>

② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >




**제2조 (본인부담 급여의료비 및 연간 본인부담 급여의료비 총액 등의 정의)**

① 이 특약에서 '본인부담 급여의료비'라 함은 국민건강보험법에서 정한 요양급여 및 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금에 해당하는 금액으로 비급여는 포함하지 않습니다.

【 용어해설 】

**< 급여 >**

국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차에 따라 급여항목이 발생한 경우로 국민건강보험 공단부담금 및 본인부담금을 합한 금액을 말합니다.

**< 본인부담금 >**

본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.

**< 비급여 >**

국민건강보험법 또는 의료급여법에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험법 또는 의료급여법에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

② 제1항의 '본인부담 급여의료비'는 국민건강보험법 제42조(요양기관)에서 규정한 국내의 요양기관에서 행한 의료행위에 한합니다.
다만 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 요양병원 및 정신병원은 제외합니다.

③ 제2항의 요양기관이라 함은 환자에게 진료(투약)하는 기관으로서 아래 제1호 내지 제5호를 말합니다.

1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관(단, 요양병원 및 정신병원 제외)
2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
3. 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국희귀·필수의약품센터
4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
5. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소

【 관련법규 】

**※ 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관의 구분**

- 의원급 의료기관: 주로 외래환자를 대상으로 하는 의원, 치과의원, 한의원
- 병원급 의료기관: 주로 입원환자를 대상으로 하는 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원
- 조산원: 조산사가 임부, 해산부 등을 대상으로 보건활동 등을 하는 의료기관

④ 제1항의 '본인부담 급여의료비'는 아래의 사유로 감면 받은 경우도 감면 전 본인부담 급여의료비를 기준으로 합니다.

1. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)
2. 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우
3. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
4. 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우

⑤ 제1항의 '본인부담 급여의료비'는 아래 내용에 해당하는 금액을 포함하여 계산합니다.

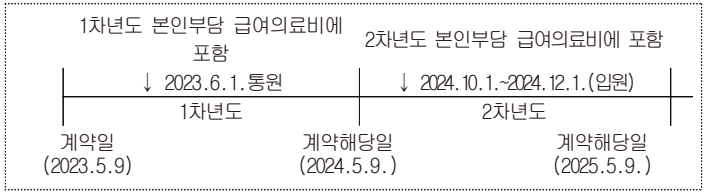
1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
3. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조(권역응급의료센터의 지정)에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 전액본인부담금에 해당하는 의료비

⑥ 이 계약에서 '연간 본인부담 급여의료비 총액'이라 함은 해당 질병 또는 상해의 진료를 위하여 제2항에서 정한 병원 또는 의원에 통원(내원) 또는 최초입원한 날이 이 계약의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 내에 있는 '본인부담 급여의료비'를 합산한 금액을 말합니다. 다만, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

【 예시안내 】

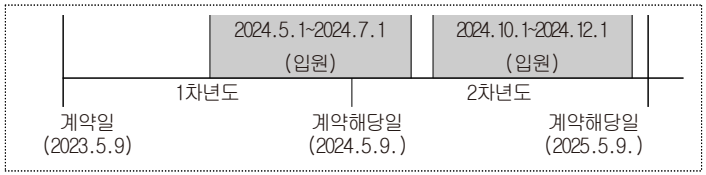
**※ 연간 본인부담 급여의료비 총액 계산 예시**

<예시1>



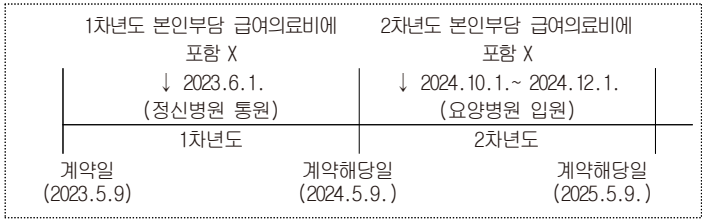

⇒ 진료일자에 해당하는 계약년도 본인부담 급여의료비에 합산함

<예시2>




⇒ 입원기간 중 계약년도 변경시 최초입원한 날의 계약년도 본인부담 급여의료비에 합산함
입원기간(2024.5.1.~2024.7.1.) : 1차년도 본인부담 급여의료비에 포함하여 합산함
입원기간(2024.10.1.~2024.12.1.) : 2차년도 본인부담 급여의료비에 포함하여 합산함

<예시3>




⇒ 요양기관 중 정신병원 및 요양병원에서 치료받은 경우에는 연간 본인부담 급여의료비 총액 계산시 합산하지 않음

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 제2조(본인부담 급여의료비 및 연간 본인부담 급여의료비 총액 등의 정의) 제6항에도 불구하고 보험수익자가 계약해당일 전일 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 '연간 본인부담 급여의료비 총액'을 기준으로 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

다만, 해당 보험금 청구일 이후 '연간 본인부담 급여의료비 총액'이 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금 보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다.

한편, 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금 보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.

② 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유)의 상해질병급여치료지원금의 전부 또는 일부를 지급하지 않을 수 있습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**【 관련법규 】**

※ 의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의3(종합병원)의 규정에 의한 종합병원

: 100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

**제5조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제6조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제5조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제7조 (보험금 등의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서 : 진료비세부내역서, 진료비계산서, 진료기록부 등
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 국민건강보험법 제42조(요양기관)에서 규정한 국내의 요양기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 회사는 보험수익자의 편의 및 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급기준 판단을 위해 별도의 확인 절차를 요청할 수 있습니다.

【 예시안내 】

**<건강보험공단 또는 건강보험심사평가원의 진료내역 조회 예시>**

- 보험수익자의 보험금 청구서류 제출의 편의를 위해 스크래핑 기술을 활용
- 건강보험공단 또는 건강보험심사평가원 진료내역 조회자료 스크래핑을 통하여 연간 요양기관에서 이용한 '본인부담 급여의료비' 등 보험금 지급을 위한 정보 확인(단, 본인 동의 필요)
- 진료내역 조회자료는 건강보험심사평가원에서 진료비 심사가 완료된 날을 기준으로 조회가 가능하며, 통상 진료일부터 일정기간(최대 3개월)의 시차가 발생할 수 있습니다.

| 고객 | | 현대해상 | | 고객 | | 업체 | | 현대해상 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 보험금 신청 | ⇒ | URL 제공 | ⇒ | 간편 동의 | ⇒ | 의료비 관련 정보 스크랩주1) | ⇒ | 보험금 지급주2) |

주1) 건강보험공단 또는 건강보험심사평가원에서 연간 본인부담 급여의료비 금액, 병원 등 보험금 지급 심사를 위한 정보를 수집

주2) 스크래핑을 통해 수집된 연간 본인부담 급여의료비 총액 확인 및 보험금 지급

**제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))**

① 보통약관 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 특약이 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 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 보통약관 제23

조(계약전 알릴 의무), 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과), 보통약관 제26조(사기에 의한 계약), 보통약관 제27조(계약의 성립) 및 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제23조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

**제9조 (특약의 자동갱신)**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 5년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 58세, 63세, 73세 ~ 98세

⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 5년보다 짧아 2년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제10조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제11조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 3-5 중증질환자(뇌혈관)산정특례대상(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 '중증질환자(뇌혈관)산정특례대상'으로 등록된 경우에는 연간1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

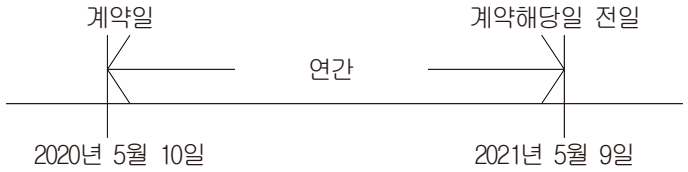
| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 중증질환자(뇌혈관)산정특례대상보험금 | 상해 또는 질병으로 '중증질환자(뇌혈관)산정특례대상'으로 등록된 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

② 제1항의 중증질환자(뇌혈관)산정특례대상보장보험금은 '중증질환자(뇌혈관)산정특례대상'에 해당되어 여러번 등록되더라도 등록 1회당 연간 1회에 한하여 지급합니다.

③ 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >




**제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 '중증질환자(뇌혈관)산정특례대상' 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보험금을 지급하지 않습니다.

**제3조 (중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상의 정의)**

① 이 특약에서 '중증질환자(뇌혈관)산정특례대상'이라 함은 [별표53] '중증질환자(뇌혈관)산정특례대상 분류표'에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

【 용어해설 】

**< 본인일부부담금 산정특례 제도 >**

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 본인부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 본인부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

② 제1항에도 불구하고, '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 개정으로 산정특례적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

**【 유의사항 】**

**< 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간 >**

· '중증질환자(뇌혈관)산정특례대상' 에 해당하는 사람은 별도의 등록절차없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다.

· 중증질환자(뇌혈관질환)의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다. 다만, 뇌혈관질환 산정특례 기간동안 재수술시 재수술일로부터 최대30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

**제4조 (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)**

① '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 이 국민건강보험법 및 관련 법령(이하 '법령' 이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 제도의 변경으로 '중증질환자(뇌혈관)산정특례대상' 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 '계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등' 의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특별약관의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 및 미경과보험료 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서' 에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

**제5조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할수 있는 서류 (진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 진료비세부내역서(산정특례적용영수증), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

**【 관련법규】**

※ 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관의 구분
- 의원급 의료기관: 주로 외래환자를 대상으로 하는 의원, 치과의원, 한의원
- 병원급 의료기관: 주로 입원환자를 대상으로 하는 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원
- 조산원: 조산사가 임부, 해산부 등을 대상으로 보건활동 등을 하는 의료기관

### 제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

### 제7조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

### 제9조 (특약의 자동갱신)

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

**【 예시안내 】**

**< 53세의 피보험자가 5년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**
갱신시점의 나이 : 58세, 63세, 73세 ~ 98세
⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 5년보다 짧아 2년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

### 제10조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제11조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 3-6 중증질환자(심장)산정특례대상(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 '중증질환자(심장)산정특례대상'으로 등록된 경우에는 연간1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

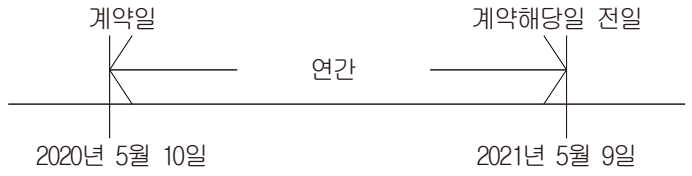
| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 중증질환자(심장)산정특례대상보험금 | 상해 또는 질병으로 '중증질환자(심장)산정특례대상'으로 등록된 경우 | 이 특약의 보험가입금액 |

② 제1항의 중증질환자(심장)산정특례대상보장보험금은 '중증질환자(심장)산정특례대상'에 해당되어 여러번 등록되더라도 등록 1회당 연간 1회에 한하여 지급합니다.

③ 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >




**제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 '중증질환자(심장)산정특례대상' 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환자(심장)산정특례대상보험금을 지급하지 않습니다.

**제3조 (중증질환자(심장) 산정특례대상의 정의)**

① 이 특약에서 '중증질환자(심장)산정특례대상'이라 함은 [별표54] '중증질환자(심장)산정특례대상 분류표'에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

**【 용어해설 】**

**< 본인일부부담금 산정특례 제도 >**

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 본인부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 본인부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

② 제1항에도 불구하고, '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 개정으로 산정특례적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

**【 유의사항 】**

**< 중증질환자 심장질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간 >**

· '중증질환자(심장)산정특례대상'에 해당하는 사람은 별도의 등록절차없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다.

· 중증질환자(심장질환)의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일(단, 복잡 선천성 심기형질환자 또는 심장이식술을 받은 경우 최대 60일)간 적용이 됩니다. 다만, 심장질환 산정특례 기간동안 재수술시 재수술일로부터 최대30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

**제4조 (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)**

① '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'이 국민건강보험법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 제도의 변경으로 '중증질환자(심장)산정특례대상' 신청이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 '계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등'의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특별약관의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 및 미경과보험료 차액을 정산하여 계약

자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

### 제5조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할수 있는 서류 (진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 진료비세부내역서(산정특례적용영수증), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명 사실확인서 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.

**【 관련법규】**

※ 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관의 구분

- 의원급 의료기관: 주로 외래환자를 대상으로 하는 의원, 치과의원, 한의원
- 병원급 의료기관: 주로 입원환자를 대상으로 하는 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원
- 조산원: 조산사가 임부, 해산부 등을 대상으로 보건활동 등을 하는 의료기관

### 제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

### 제7조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

### 제9조 (특약의 자동갱신)

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료 및

계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

< 53세의 피보험자가 5년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >
갱신시점의 나이 : 58세, 63세, 73세 ~ 98세
⇒ 98세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 5년보다 짧아 2년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

**제10조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제11조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 3-7 창상봉합술(안면/경부)(1일1회,연간3회한,급여)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 입원 중에 '창상봉합술(급여)(안면/경부) 분류표'([별표57] '창상봉합술(급여)(안면/경부) 대상 수가코드 분류표' 참조. 이하 같습니다)에서 정한 '창상봉합술(급여)(안면/경부)'을 받은 경우(이하 '입원 창상봉합술(급여)(안면/경부)'라 합니다) 또는 통원하여 '창상봉합술(급여)(안면/경부)'을 받은 경우(이하 '외래 창상봉합술(급여)(안면/경부)'라 합니다)에는 각 보장별 1일 1회, 연간 3회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

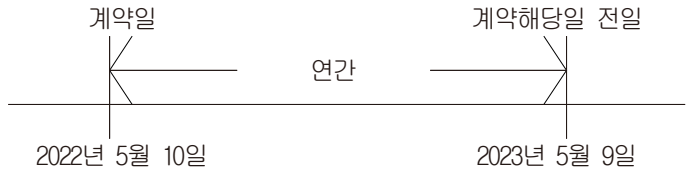
| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 창상봉합술(급여)(안면/경부)(A형) 보험금 | 질병 또는 상해로 입원 또는 통원하여 '창상봉합술(급여)(안면/경부)분류표'에서 정한 '창상봉합술(급여)(안면/경부)(A형)'을 받는 경우 | '창상봉합술(급여)(안면/경부)(A형)' 보장 보험가입금액 (1일1회, 연간3회한) |
| 2. 창상봉합술(급여)(안면/경부)(B형) 보험금 | 질병 또는 상해로 입원 또는 통원하여 '창상봉합술(급여)(안면/경부)분류표'에서 정한 '창상봉합술(급여)(안면/경부)(B형)'을 받는 경우 | '창상봉합술(급여)(안면/경부)(B형)' 보장 보험가입금액 (1일1회, 연간3회한) |
| 3. 창상봉합술(급여)(안면/경부)(C형) 보험금 | 질병 또는 상해로 입원 또는 통원하여 '창상봉합술(급여)(안면/경부)분류표'에서 정한 '창상봉합술(급여)(안면/경부)(C형)'을 받는 경우 | '창상봉합술(급여)(안면/경부)(C형)' 보장 보험가입금액 (1일1회, 연간3회한) |

② 제1항 제1호 내지 제3호의 보험금은 각각 연간 발생한 '입원 창상봉합술(급여)(안면/경부)'와 '외래 창상봉합술(급여)(안면/경부)' 횟수를 합산하여 연간 최대 3회 한도로 지급합니다.

③ 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >




**제2조 (창상봉합술(급여)(안면/경부)의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '창상봉합술(급여)(안면/경부)'이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 [별표57] '창상봉합술(급여)(안면/경부) 대상 수가코드 분류표'에 해당하는 진료행위를 말하며, 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

② 제1항에도 불구하고 계약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '창상봉합술(급여)'에 준하여 '창상봉합술(급여)(안면/경부) 대상 수가코드'를 결정합니다.

③ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 '창상봉합술(급여)' 외에 '창상봉합술(급여)(안면/경부)'에 해당하는 의료행위가 있는 경우에는 그 의료행위도 포함하는 것으로 합니다.

**제3조 (입원 및 통원의 정의와 장소)**

① 이 특약에서 '입원'이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특약에서 '통원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

### 제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 다음 각 호의 경우에는 '입원 창상봉합술(급여)(안면/경부)'과 '외래 창상봉합술(급여)(안면/경부)' 각각에 대해 각 보장별로 1일 1회에 한하여 보장합니다.

1. 피보험자가 동일한 날에 '입원 창상봉합술(급여)(안면/경부)'을 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 '외래 창상봉합술(급여)(안면/경부)'을 받은 경우
2. 피보험자가 동일한 날에 '외래 창상봉합술(급여)(안면/경부)'을 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 '입원 창상봉합술(급여)(안면/경부)'을 받은 경우

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.

### 제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

### 제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서('건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)' 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

**【 관련법규】**

※ 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관의 구분

- 의원급 의료기관: 주로 외래환자를 대상으로 하는 의원, 치과의원, 한의원
- 병원급 의료기관: 주로 입원환자를 대상으로 하는 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원
- 조산원: 조산사가 임부, 해산부 등을 대상으로 보건활동 등을 하는 의료기관

### 제7조 (특약의 소멸)

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

### 제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 3-8 창상봉합술(안면/경부외)(1일1회,연간3회한,급여)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 입원 중에 '창상봉합술(급여)(안면/경부외) 분류표'([별표58] '창상봉합술(급여)(안면/경부외) 대상 수가코드 분류표' 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 '창상봉합술(급여)(안면/경부외)'을 받은 경우(이하 '입원 창상봉합술(급여)(안면/경부외)'라 합니다) 또는 통원하여 '창상봉합술(급여)(안면/경부외)'을 받은 경우(이하 '외래 창상봉합술(급여)(안면/경부외)'라 합니다)에는 각 보장별 1일 1회, 연간 3회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

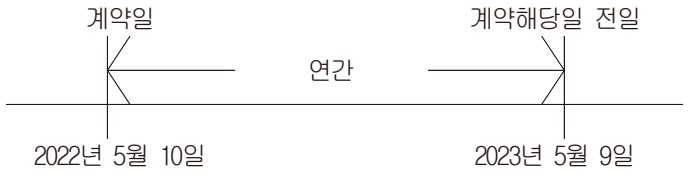
| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 1. 창상봉합술(급여)(안면/경부외)(A형) 보험금 | 질병 또는 상해로 입원 또는 통원하여 '창상봉합술(급여)(안면/경부외) 분류표'에서 정한 '창상봉합술(급여)(안면/경부외)(A형)'을 받는 경우 | '창상봉합술(급여)(안면/경부외)(A형)' 보장 보험가입금액 (1일1회,연간3회한) |
| 2. 창상봉합술(급여)(안면/경부외)(B형) 보험금 | 질병 또는 상해로 입원 또는 통원하여 '창상봉합술(급여)(안면/경부외) 분류표'에서 정한 '창상봉합술(급여)(안면/경부외)(B형)'을 받는 경우 | '창상봉합술(급여)(안면/경부외)(B형)' 보장 보험가입금액 (1일1회,연간3회한) |
| 3. 창상봉합술(급여)(안면/경부외)(C형) 보험금 | 질병 또는 상해로 입원 또는 통원하여 '창상봉합술(급여)(안면/경부외) 분류표'에서 정한 '창상봉합술(급여)(안면/경부외)(C형)'을 받는 경우 | '창상봉합술(급여)(안면/경부외)(C형)' 보장 보험가입금액 (1일1회,연간3회한) |

② 제1항 제1호 내지 제3호의 보험금은 각각 연간 발생한 '입원 창상봉합술(급여)(안면/경부외)'와 '외래 창상봉합술(급여)(안면/경부외)' 횟수를 합산하여 연간 최대 3회 한도로 지급합니다.

③ 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >




제2조 (창상봉합술(급여)(안면/경부외)의 정의와 장소)

① 이 특약에서 '창상봉합술(급여)(안면/경부외)'이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 [별표58] '창상봉합술(급여)(안면/경부외) 대상 수가코드 분류표'에 해당하는 진료행위를 말하며, 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

② 제1항에도 불구하고 계약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '창상봉합술(급여)(안면/경부외)'에 준하여 '창상봉합술(급여)(안면/경부외) 대상 수가코드'를 결정합니다.

③ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 '창상봉합술(급여)(안면/경부외)' 외에 '창상봉합술(급여)(안면/경부외)'에 해당하는 의료행위가 있는 경우에는 그 의료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제3조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특약에서 '입원'이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특약에서 '통원'이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 다음 각 호의 경우에는 '입원 창상봉합술(급여)(안면/경부외)'과 '외래 창상봉합술(급여)(안면/경부외)' 각각에 대해 각 보장별로 1일 1회에 한하여 보장합니다.

1. 피보험자가 동일한 날에 '입원 창상봉합술(급여)(안면/경부외)'을 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 '외래 창상봉합술(급여)(안면/경부외)'을 받은 경우
2. 피보험자가 동일한 날에 '외래 창상봉합술(급여)(안면/경부외)' 을 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 '입원 창상봉합술(급여)(안면/경부외)'을 받은 경우

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.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제6조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서( '건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)' 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명 사실확인서 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.

**【 관련법규】**

※ 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관의 구분

- 의원급 의료기관: 주로 외래환자를 대상으로 하는 의원, 치과의원, 한의원
- 병원급 의료기관: 주로 입원환자를 대상으로 하는 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원
- 조산원: 조산사가 임부, 해산부 등을 대상으로 보건활동 등을 하는 의료기관

**제7조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제7조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 3-9 추간판장애신경차단술(연간1회한,급여) (간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

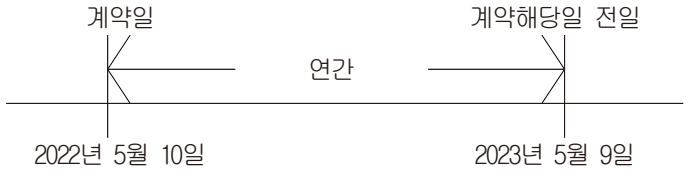
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해 또는 질병으로 인하여 '추간판장애'의 치료를 직접적인 목적으로 '급여 추간판장애 신경차단술'을 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다) 다만, '급여 추간판장애 신경차단술'을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 연간1회에 한하여 지급합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | |
|---|---|---|---|
| | | 계약일 로부터 1년미만 | 계약일 로부터 1년이상 |
| 급여 추간판장애 신경차단술 보험금 | 질병으로 '급여 추간판장애 신경차단술'을 받은 경우 | 이 특약의 보험가입 금액의 50% | 이 특약의 보험가입 금액의 100% |
| | 상해로 '급여 추간판장애 신경차단술'을 받은 경우 | 이 특약의 보험가입 금액의 100% | |

② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >




**제2조 ( '추간판장애' 등의 정의 및 진단확정)**

① 이 특약에서 '추간판장애'라 함은 척추의 추간판이 돌출되어 통증 및 신경 증상을 유발하는 질환으로 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 [별표30] '추간판장애 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

② '추간판장애'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

③ 이 특약에서 '급여 추간판장애 신경차단술'이라 함은 의사에 의하여 '추간판장애'의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 [별표69] '급여 추간판장애 신경차단술 수가코드'에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

④ 제3항의 '급여 추간판장애 신경차단술'은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 '급여 추간판장애 신경차단술' 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제3항 및 제4항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '급여 추간판장애 신경차단술'에 준하여 수가코드를 결정합니다.

⑥ 제3항 내지 제5항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제3항에서 정한 '급여 추간판장애 신경차단술' 외에 '급여 추간판장애 신경차단술'에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제5조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서( “건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)” 필수 기재), 진단서, 진료비계산서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명 사실확인서 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 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 3-10 특정중증치료(4종)(연간1회한,급여)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

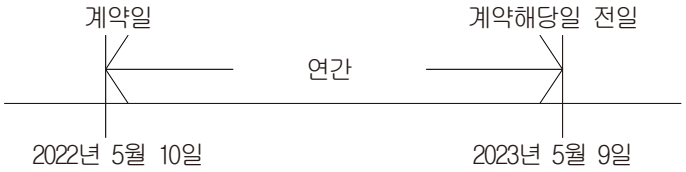
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 발생한 상해 또는 질병으로 인하여 ‘급여 특정중증치료(4종)’를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.
다만, ‘급여 특정중증치료(4종)’ 중 ‘인공호흡기치료’는 12시간을 초과한 경우에 한하여 보장합니다.

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | |
|---|---|---|---|
| | | 계약일로부터 1년미만 | 계약일로부터 1년이상 |
| 급여 특정중증치료(4종) 보험금 | 질병으로 ‘급여 특정중증치료(4종)’을 받은 경우 | 이 특약의 보험가입금액의 50% | 이 특약의 보험가입금액의 100% |
| | 상해로 ‘급여 특정중증치료(4종)’을 받은 경우 | 이 특약의 보험가입금액의 100% | |

② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >




**제2조 (급여 특정중증치료(4종)의 정의)**

① 이 계약에서 '급여 특정중증치료(4종)'이라 함은 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 [별표68] '급여 특정중증치료(4종) 대상 수가코드'에 해당하는 아래의 의료행위를 받은 경우를 말합니다. 단, '인공호흡기치료'는 12시간을 초과한 경우에 한합니다.

| 대상이 되는 의료행위 | | 의료행위 수가코드 |
|---|---|---|
| 인공호흡기 치료(12시간 초과) | • 인공호흡(기관내삽관료별도)-12시간초과1일당 (신생아 중환자실에서 고빈도 진동 호흡모드 이용)<br>• 인공호흡(기관내삽관료별도)-12시간초과1일당 | M0860<br>M5860 |
| 저체온 요법 | • 치료적저체온요법(1일당)<br>• 선택적 두부 저체온 요법<br>• 선택적 두부 저체온 요법-처치일 다음날부터 1일당 | M5970<br>M5990<br>M5991 |
| 대동맥 내 풍선펌프 | • 대동맥내풍선펌프<br>• 대동맥내풍선펌프-10시간초과익일부터(1일당) | 01921<br>01922 |
| 부분 체외순환 | • 부분체외순환<br>• 부분체외순환10시간초과익일부터(1일당)<br>• 체외순환막형산화요법-시술당일<br>• 체외순환막형산화요법-익일이후(1일당) -10시간 초과 계속 사용<br>• 부분체외순환-ILA Membrane Ventilator 사용<br>• 부분체외순환10시간초과익일부터(1일당) -ILA Membrane Ventilator 사용 | 01901<br>01902<br>01903<br>01904<br>01905<br>01906 |

② 제1항의 '급여 특정중증치료(4종)' 이라 함은「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 '급여 특정중증치료(4종)' 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서, 의료법 제3조 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우

에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '급여 특정중증치료(4종)' 에 준하여 수가코드를 결정합니다.

④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 '급여 특정중증치료(4종)' 외에 '급여 특정중증치료(4종)'에 해당하는 의료행위가 있는 경우에는 그 의료행위도 포함하는 것으로 합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 피보험자에게 급여 특정중증치료(4종) 중 동시에 두 종류 이상의 급여 특정중증치료(4종)이 발생한 경우에도 하나의 급여 특정중증치료(4종)에 따른 급여 특정 중증치료(4종)보험금을 지급합니다.

② 피보험자에게 급여 특정중증치료(4종) 중 연간 두 종류 이상의 급여 특정중증치료(4종)이 발생한 경우에도 연간 1회를 한도로 급여 특정중증치료(4종)보험금을 지급합니다.

**【 예시안내 】**

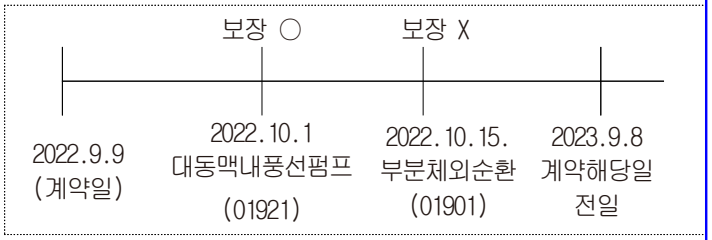
**<예시1>**

병원에 입원하여 인공호흡(기관내삽관료 별도)-12시간초과1일당(M5860)과 선택적 두부 저체온 요법(M5990)을 동시에 받은 경우

⇒ 보험가입금액 **1회** 지급(동시에 두 종류 이상의 급여 특정중증치료(4종)을 받더라도 하나의 급여 특정중증치료(4종) 치료보험금을 지급함)

**<예시2>**

병원에 입원하여 대동맥내풍선펌프(01921)를 받은 이후, 부분체외순환(01901)치료를 받은 경우




⇒ 보험가입금액 **1회** 지급(연간1회 한도로 급여 특정중증치료(4종) 치료보험금을 지급함)

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제5조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서( “건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)” 필수 기재), 진단서, 진료비계산서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명 사실확인서 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 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 3-11 인공심박동기삽입술(연간1회한,급여) (간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해 또는 질병으로 인하여 ‘급여 인공심박동기삽입술’을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 ‘특별약관’은 ‘특약’, ‘이 특별약관의 보험기간’은 ‘보험기간’이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | |
|---|---|---|---|
| | | 계약일로부터 1년미만 | 계약일로부터 1년이상 |
| 급여 인공심박동기 삽입술 수술보험금 | 질병으로 급여 인공심박동기삽입술’을 받은 경우 | 이 특약 보험가입금액의 50% | 이 특약 보험가입금액의 100% |
| | 상해로 급여 인공심박동기삽입술’을 받은 경우 | 이 특약의 보험가입 금액의 100% | |

② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >

**제2조 (급여 인공심박동기삽입술의 정의)**

① 이 특약에서 '급여 인공심박동기삽입술'라 함은 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 아래의 진료행위가 발생한 경우를 말합니다.

| 대상이 되는 의료행위 | 수가코드 |
|---|---|
| 경정맥 체내용심박기거치술-심박기거치술 (심방 또는 심실 전극을 삽입하는 경우) | 00203 |
| 경정맥 체내용심박기거치술-심박기거치술 (심방 및 심실 전극을 삽입하는 경우) | 00204 |
| 개흉적 체내용심박기거치술 | 02004 |
| 경정맥 체내용 심박기 거치술-심박기 거치술 -전극유도선이 없는 심박기 거치술 | 00230 |

② 제1항의 '급여 인공심박동기삽입술'는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 '급여 인공심박동기삽입술' 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '급여 인공심박동기삽입술'에 준하여 '급여 인공심박동기삽입술 수가코드'를 결정합니다.

④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 '급여 인공심박동기삽입술' 외에 '급여 인공심박동기삽입술'에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제5조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서( "건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진단서, 진료비계산서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명 사실확인서 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 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

## 3-12 이식형제세동기삽입술(연간1회한,급여)(간편건강고지)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

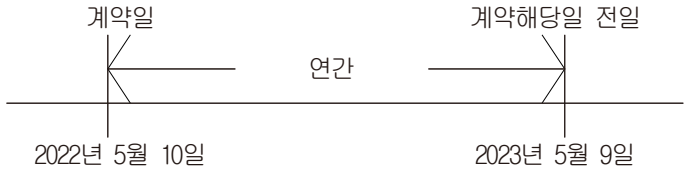
① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해 또는 질병으로 인하여 '급여 이식형제세동기삽입술'을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 | |
|---|---|---|---|
| | | 계약일로부터 1년미만 | 계약일로부터 1년이상 |
| 급여 이식형제세동기삽입술 수술보험금 | 질병으로 '급여 이식형제세동기삽입술'을 받은 경우 | 이 특약의 보험가입금액의 50% | 이 특약의 보험가입금액의 100% |
| | 상해로 '급여 이식형제세동기삽입술'을 받은 경우 | 이 특약의 보험가입금액의 100% | |

② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【 예시안내 】

< 연간에 대한 예시 >




**제2조 (급여 이식형제세동기삽입술의 정의)**

① 이 특약에서 '급여 이식형제세동기삽입술'라 함은 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 아래의 진료행위가 발생한 경우를 말합니다.

| 대상이 되는 의료행위 | 수가코드 |
|---|---|
| 심율동전환제세동기거치술-경정맥접근-삽입술 | 00211 |
| 심율동전환제세동기거치술-피하접근-삽입술 | 02211 |

② 제1항의 '급여 이식형제세동기삽입술'는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 '급여 이식형제세동기삽입술' 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '급여 이식형제세동기삽입술'에 준하여 '급여 이식형제세동기삽입술 수가코드'를 결정합니다.

④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서

정한 ‘급여 이식형제세동기삽입술’ 외에 ‘급여 이식형제세동기삽입술’에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

이 특약의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제11조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

**제5조 (보험금의 청구)**

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서( “건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)” 필수 기재), 진단서, 진료비계산서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

**제6조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제7조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제6조(특약의 소멸)의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

# 4. 비용손해관련 특별약관

## 4-1 전기통신금융사기피해(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 대한민국 내에서 발생한 '전기통신금융사기'로 금전상의 피해를 입어 관할경찰서에 신고하여 피해가 확정되고, [별표50] '전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법'에 따라 전기통신금융사기의 피해구제를 신청하여 피해환급금이 결정된 경우에는 피보험자에게 발생한 실제 금전손실액(피해환급금은 제외합니다)을 보험증권에 기재된 보상비율로 보상하여 드립니다. 단, 지급금액은 이 특약의 보험가입금액을 한도로 합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 전기통신금융사기피해보험금 | '전기통신금융사기'로 금전적인 손해를 입어 피해가 확정된 경우 | 실제 금전손실액(피해환급금 제외)을 이 특약의 보험증권에 기재된 보상비율로 보상 (단, 이 특약의 보험가입금액 한도) |

② 제1항에 의한 직접적인 피해의 입증은 경찰신고서류, 경찰 또는 검찰 조사기록 등 관련자료에 따릅니다.

【 관련법규 】

**※ 전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법 제2조(정의)**

2. '전기통신금융사기'란 전기통신을 이용하여 타인을 기망(欺罔)·공갈(恐喝)함으로써 재산상의 이익을 취하거나 제3자에게 재산상의 이익을 취하게 하는 다음 각 목의 행위를 말한다. 다만, 재화의 공급 또는 용역의 제공 등을 가장한 행위는 제외하되, 대출의 제공·알선·중개를 가장한 행위는 포함한다.
   가. 자금을 송금·이체하도록 하는 행위
   나. 개인정보를 알아내어 자금을 송금·이체하는 행위

**제2조 (전기통신금융사기 등의 정의)**

① '전기통신금융사기'라 함은 정보통신망을 이용하여 피보험자의 계좌로부터 자금을 이체받거나, 소액결제가 되게 하는 다음 각 호의 범죄행위를 말합니다. 단, 재화의 공급 또는 용역의 제공 등을 가장한 행위는 제외합니다.

1. 피싱(Phishing): 개인정보(Private Data)와 낚시(Fishing)의 합성어로, 사기의 의도를 가진 자가 전화, 인터넷 전자우편 등을 통해 공공기관, 금융기관, 수사기관, 피보험자의 지인 등 신뢰할 수 있는 사람 또는 기업이 보낸 것처럼 타인을 기망 또는 공갈함으로써 비밀번호, 카드정보와 같이 기밀을 요하는 개인정보 및 금융정보를 부당하게 얻어 재산상에 이익을 취하거나 제3자에게 재산상의 이익을 취하게 하는 행위
2. 파밍(Pharming) : 악성코드에 감염된 사용자의 PC나 스마트폰을 조작하여 정상적인 홈페이지 또는 앱에 접속하여도 피싱(가짜) 사이트 또는 앱으로 유도하여 금융정보를 탈취하는 행위
3. 스미싱(Smishing) : 문자메시지(SMS)와 피싱(Phishing)의 합성어로, 모바일 문자메시지(SMS) 등의 인터넷주소(URL) 클릭시 악성코드가 설치되어 소액결제 피해 또는 개인·금융정보를 탈취하는 행위
4. 메모리해킹 : 피해자 PC 메모리에 상주한 악성코드로 인하여 정상

은행사이트  에서 보안카드번호 앞,뒤 2자리만 입력해도 부당 인출하는 행위

5. 메신저이용사기 : 모바일 메신저 등의 SNS를 통해 이루어지는 피싱(Phishing) 또는 스미싱(Smishing) 범죄

② '실제 금전손해액'이라 함은 법원의 판결, 경찰 조사 또는 금융거래내역 등으로 입증이 가능한 범행계좌로 이체된 금전손실액 원금에서 [별표50] '전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법' 제10조에 의해 지급되는 피해환급금은 제외한 금액입니다. 단, 개인정보 또는 금융정보 유출로 인한 2차적인 손해는 보상하지 않습니다.

③ '피해환급금'이라 함은 [별표50] '전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법' 제5조에 따라 금융감독원이 채권소멸절차의 개시 공고 후 소멸된 채권을 기초로 동법 제10조에 따라 금융회사가 피보험자에게 지급하도록 결정한 금액을 의미합니다.

④ '개인정보'라 함은 생존하는 개인의 신상에 관한 정보로서 당해정보에 포함되어 있는 성명, 주소, 생년월일 또는 주민등록번호 등에 의해 당해 개인을 식별할 수가 있는 정보(당해 정보만으로는 특정 개인을 식별할 수 없더라도 다른 정보와 용이하게 결합하여 식별할 수 있는 것을 포함합니다)를 말합니다.

**제3조 (보험금의 분담)**

① 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제조합 등에서 공제부금을 받아 운영하는 '공제계약'을 포함합니다. 이하 동일합니다.)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때에는 회사는 아래에 따라 보상합니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

**【 예시안내 】**

**< 다른 계약이 체결되어 있는 경우 보험금의 분담 >**

피보험자의 **실제 손해액 80, 계약1(현대해상) 보상책임 60, 계약2 보상책임 40**인 경우에는 피보험자는 **계약1(현대해상)에서 48을 보상**받습니다. 나머지 손해액은 계약2에서 보상됩니다.

- **계약1= 48** $= 80 \times \frac{\text{계약1(60)}}{\text{계약1(60)+계약2(40)}}$
- 계약2= 32 $= 80 \times \frac{\text{계약2(40)}}{\text{계약1(60)+계약2(40)}}$

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 그 법정대리인의 고의나 중대한 과실, 또는 이들이 미리 알고 있었거나 제3자와의 공모 또는 단독으로 행한 범죄행위 또는 불성실 행위
2. 피보험자에게 보험금을 받도록 하기 위하여 피보험자와 세대를 같이하는 친족이나 고용인이 고의로 일으킨 손해
3. 피보험자와 생계를 같이하는 배우자 및 직계친족에 의한 사고
4. 원인의 직·간접을 불문하고, 전쟁(선전포고의 유무를 구분하지 아니합니다), 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 상태
5. 차압, 구류, 몰수, 파괴 등 국가 또는 공공단체의 공권력 행사
6. 피보험자의 사업 또는 업무와 관련하여 발생한 사고
7. 피보험자가 자발적으로 제3자에게 개인정보를 제공하거나 노출한 경우
8. 불특정다수가 사용가능한 공용 전기통신기기에서 발생한 손해

② 회사는 다음 각 호에 해당하는 비용 또는 손해에 대해서는 보험금을

지급하지 않습니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에 명기된 손해 이외의 일체의 비용 또는 손해
2. 구두 또는 문서에 의한 비방, 중상에 따른 인격권 침해
3. 영업비밀, 저작권, 특허권 또는 이와 유사한 지적재산권 침해
4. 대한민국 외에서 생성된 개인정보로 인한 금전적 손해
5. 대한민국 외에서 체류중인 피보험자에게 발생한 금전적 손해
6. 피보험자가 입은 신체적인 상해, 질병 또는 장해, 정신적 쇼크, 정신적 고통 또는 정신 장해
7. 보험기간 이전에 발생한 사고(범죄 실행의 착수행위를 포함합니다)나 손해로 인하여 보험기간 중에 발생한 손해 또는 비용
8. [별표50] '전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법'에 따라 환급받은 피해환급금
9. 사고와 관련하여, 피보험자가 금융기관 또는 제3자로부터 보상, 환급, 또는 배상을 받은 경우, 그 해당 금액
10. 재화, 물품의 공급 또는 용역의 제공 등을 가장한 행위로 인하여 발생한 금전상 피해
11. 카드의 분실, 도난, 위변조 등의 사고 발생시 해당 금융기관 등에서 보상되는 손해
12. 개인용 컴퓨터(PC) 이외의 메인프레임(Main-frame), 서버(server) 등의 컴퓨터에서 발생한 해킹(Hacking)으로 인해 발생한 금전적 손해 및 법인계좌에서 발생한 손해계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의 또는 중대한 과실로 생긴 손해

**【 용어해설 】**

**< 범죄행위 >**

형법에 규정되어 있는 범죄 및 상법 또는 독점금지법 등의 법률과 같이 특별 처벌규정에 따른 범죄를 말합니다. 그리고 범죄행위에는 형(刑)을 받아야 하지만 집행유예 등에 의하여 형의 집행이 면제되는 경우뿐만 아니라 시효의 완성 등에 따라 형을 받게 되지 않은 경우도 포함합니다.

**제5조 (보험금의 청구)**

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 수사기관의 피해신고확인서등 관련자료
3. 피해자 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 지급정지요청서( '전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법' 시행령 별지 제2호)사본
   단, 지급정지금액이 없는 경우 피해구제신청서( '전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법' 시행령 별지 제1호)사본 및 지급정지금액 없음을 증명할 수 있는 서류
5. 금융감독원의 '피해환급금 결정 통지서' 또는 객관적으로 피해환급금 수령을 증명할 수 있는 서류
6. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

**제6조 (대위권)**

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금을 지급한 때에는 회사는 피보험자의 판결 결과에 따라 지급한 보험금의 한도 내에서 권리를 가집니다.
다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 따라 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다.
다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

**제7조 (보험금의 지급절차)**

① 회사는 제5조(보험금의 청구)에 따른 보험금 청구를 받은 후 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 보내하며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.
그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

**【 용어해설 】**

**< 가지급보험금 >**
보험금 지급이 늦어지는 경우 보험수익자 청구에 따라 확정된 보험금을 먼저 지급하는 제도

② 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보통약관 [부표1] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.
그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.
다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

**제8조 (특약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 해당 피보험자에 대한 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제9조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 및 제8조(특약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**【 용어해설 】**

**< 실종선고 >**
어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람 또는 검사의 청구에 의해 사망한 것으로 보는 법원의 결정으로 민법 제27조(실종의 선고)를 따릅니다.

**제10조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
다만, 제15조(중도인출금) 및 제17조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다.

# 5. 무배당 일상생활중배상책임Ⅳ(가족) (갱신형)보장 특별약관

## 5-1. (무)일상생활중배상책임Ⅳ(가족)(누수사고포함) (갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 제2조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에 열거한 사고로 타인의 신체에 장해(이하 '신체장해'라 합니다)를 입히거나 타인의 재물을 망가뜨려(이하 '재물손해'라 합니다) 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

다만, 신체는 신체보조장구(의수, 의족, 의안, 의치 등)를 제외하나, 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우(인공장기나 부분 의치 등)는 포함합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

1. 피보험자가 주거하고 있는 주택과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택(이하 '주택'이라 합니다)의 소유, 사용 또는 관리에 기인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리는 제외합니다)에 기인하는 우연한 사고
3. 제1호 및 제2호의 경우 피보험자의 법률상 배상책임으로 인한 손해에 한합니다.

② 계약자 또는 피보험자는 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에서 정한 보험증권에 기재된 주택이 변경되는 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다.

이 경우 회사는 변경된 주택에 대하여 제1항에 따라 보상합니다.

③ 제5조(보상하지 않는 손해) 제2항 제2호에도 불구하고, 제2항에 따른 변경된 사실을 알리지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 주거 또는 소유하게 된 주택이 다르게 된 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 주거 및 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하고 그로 인한 배상책임이 발생한 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

【 용어해설 】

< 신체장해 >
신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다.

< 재물손해 >
1) 물리적으로 망가뜨려진 유체물의 직접손해
2) 물리적으로 망가뜨려진 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해
3) 물리적으로 망가뜨려지지 않은 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해

< 재물손해 중 직접손해의 법률상배상책임 >
사고 직전의 상태로 원상회복하는데 소요되는 비용

제2조 (피보험자의 범위)

① 이 특약에서 피보험자라 함은 다음 각 호의 사람을 말합니다.
1. 보험증권에 기재된 피보험자(이하 '피보험자 본인'이라 합니다)
2. 피보험자 본인의 배우자(가족관계등록부상 또는 주민등록상에 기재된 배우자를 말합니다. 이하 '배우자'라 합니다)
3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 동거 친족(민법 제777조)
4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀

② 제1항에서 피보험자 본인과 본인 이외의 피보험자의 관계는 사고 발생 당시의 관계를 말합니다.

【 용어해설 】

※ 민법 제777조(친족의 범위)에서 규정한 친족의 범위
: 8촌 이내의 혈족, 4촌 이내의 인척, 배우자

**제3조 (누수사고의 정의)**

이 특약에서 '누수사고'라 함은 피보험자 주택의 건물 및 부대설비 노후화, 피보험자의 과실 등으로 인하여 주택의 각종 급·배수 설비(배관, 수관, 수조, 오수관, 우수관, 싱크대배관, 보일러배관, 난방배관 등 건물 내 설치된 모든 급·배수 설비를 지칭합니다) 또는 바닥·벽체 등을 통해 누수가 발생하고, 그 누수로 인하여 타인의 재물에 수침손해 또는 오염손해를 끼치게 되는 사고를 말합니다.

단 화재사고 발생시 스프링클러 작동, 소방수 피해 등의 소방피해는 누수사고에 해당하지 않습니다.

**제4조 (보상하는 손해의 범위)**

회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 다음 각 호와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
   가. 피보험자가 (무)일상생활중배상책임IV(가족)(갱신형)보장 특별약관 공통조항 제12조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   나. 피보험자가 (무)일상생활중배상책임IV(가족)(갱신형)보장 특별약관 공통조항 제12조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
   라. 보험증권상의 보상한도액 내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
   마. 피보험자가 (무)일상생활중배상책임IV(가족)(갱신형)보장 특별약관 공통조항 제13조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

**제5조 (보상하지 않는 손해)**

① 회사는 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
5. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
6. 위 제5호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
7. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
8. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

【 용어해설 】

**< 핵연료물질 >**
사용된 연료를 포함합니다.
**< 핵연료물질에 의하여 오염된 물질 >**
원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

② 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호에 열거한 배상

책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
2. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
3. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중 입은 신체의 장해(신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다)로 인한 배상책임
4. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
5. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임.
   단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 않습니다.
6. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
7. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
8. 항공기, 선박, 차량, 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 배상책임

**【 용어해설 】**

**<차량>**

자동차관리법 및 도로교통법에서 정한 '자동차', '이륜자동차' 및 '원동기장치자전거'를 말합니다.

※ 전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등은 자동차관리법에서 정한 '이륜자동차', 도로교통법에서 정한 '원동기장치자전거'에 포함됩니다. 또한 도로교통법에서 정한 개인형이동장치(시속25킬로미터 미만의 속도제한 및 중량 30킬로그램 미만) 역시 원동기장치자전거에 해당됩니다.

9. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임.
   그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
10. 폭력행위로 인한 배상책임

**제6조 (보험금 등의 지급한도)**

① 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다.
이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제4조(보상하는 손해의 범위) 제1호의 손해배상금 : 1사고당 이 특약의 보상한도액을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
   다만, 보상한도액과 자기부담금은 대인, 대물(누수사고) 및 대물(누수사고제외) 사고에 따라 다를 수 있습니다.
2. 제4조(보상하는 손해의 범위) 제2호 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제4조(보상하는 손해의 범위) 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 이 특약의 보상한도액 내에서 보상합니다.

② 하나의 사고를 원인으로 대인배상, 대물(누수사고)배상 및 대물(누수사고제외)배상 중 두가지 이상이 동시에 발생하는 경우 각각의 보험사고로 보고 보상한도액과 자기부담금을 적용합니다.

**제7조 (보장의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 '(무)일상생활중배상책임Ⅳ(가족)(갱신형)보장 특별약관 공통조항'을 따릅니다.

## 5-2. (무)일상생활중배상책임Ⅳ(가족)(누수사고제외)(갱신형)보장 특별약관

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 제2조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에 열거한 사고로 타인의 신체에 장해(이하 '신체장해'라 합니다)를 입히거나 타인의 재물을 망가뜨려(이하 '재물손해'라 합니다) 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

다만, 신체는 신체보조장구(의수, 의족, 의안, 의치 등)를 제외하나, 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우(인공장기나 부분 의치 등)는 포함합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

1. 피보험자가 주거하고 있는 주택과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택(이하 '주택'이라 합니다)의 소유, 사용 또는 관리에 기인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리는 제외합니다)에 기인하는 우연한 사고
3. 제1호 및 제2호의 경우 피보험자의 법률상 배상책임으로 인한 손해에 한합니다.

② 계약자 또는 피보험자는 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에서 정한 보험증권에 기재된 주택이 변경되는 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다.

이 경우 회사는 변경된 주택에 대하여 제1항에 따라 보상합니다.

③ 제5조(보상하지 않는 손해) 제2항 제2호에도 불구하고, 제2항에 따른 변경된 사실을 알리지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 주거 또는 소유하게 된 주택이 다르게 된 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 주거 및 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하고 그로 인한 배상책임이 발생한 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

【 용어해설 】

**< 신체장해 >**

신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다.

**< 재물손해 >**

1) 물리적으로 망가뜨려진 유체물의 직접손해
2) 물리적으로 망가뜨려진 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해
3) 물리적으로 망가뜨려지지 않은 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해

**< 재물손해 중 직접손해의 법률상배상책임 >**

사고 직전의 상태로 원상회복하는데 소요되는 비용

제2조 (피보험자의 범위)

① 이 특약에서 피보험자라 함은 다음 각 호의 사람을 말합니다.

1. 보험증권에 기재된 피보험자(이하 '피보험자 본인'이라 합니다)
2. 피보험자 본인의 배우자(가족관계등록부상 또는 주민등록상에 기재된 배우자를 말합니다. 이하 '배우자'라 합니다)
3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 동거 친족(민법 제777조)
4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀

② 제1항에서 피보험자 본인과 본인 이외의 피보험자의 관계는 사고 발생 당시의 관계를 말합니다.

【 용어해설 】

※ 민법 제777조(친족의 범위)에서 규정한 친족의 범위
: 8촌 이내의 혈족, 4촌 이내의 인척, 배우자

제3조 (누수사고의 정의)

이 특약에서 '누수사고'라 함은 피보험자 주택의 건물 및 부대설비 노후화, 피보험자의 과실 등으로 인하여 주택의 각종 급·배수 설비(배관, 수관, 수조, 오수관, 우수관, 싱크대배관, 보일러배관, 난방배관 등 건물 내 설치된 모든 급·배수 설비를 지칭합니다) 또는 바닥·벽체 등을 통해 누수가 발생하고, 그 누수로 인하여 타인의 재물에 수침손해 또는 오염손해를 끼치게 되는 사고를 말합니다.
단 화재사고 발생시 스프링클러 작동, 소방수 피해 등의 소방피해는 누수사고에 해당하지 않습니다.

**제4조 (보상하는 손해의 범위)**

회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 다음 각 호와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
   가. 피보험자가 (무)일상생활중배상책임IV(가족)(갱신형)보장 특별약관 공통조항 제12조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   나. 피보험자가 (무)일상생활중배상책임IV(가족)(갱신형)보장 특별약관 공통조항 제12조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
   라. 보험증권상의 보상한도액 내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
   마. 피보험자가 (무)일상생활중배상책임IV(가족)(갱신형)보장 특별약관 공통조항 제13조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

**제5조 (보상하지 않는 손해)**

① 회사는 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
5. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
6. 위 제5호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
7. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
8. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

**【 용어해설 】**

**< 핵연료물질 >**
사용된 연료를 포함합니다.
**< 핵연료물질에 의하여 오염된 물질 >**
원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

② 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음 각 호에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
2. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
3. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중 입은 신체의 장해(신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다)로 인한 배상책임
4. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임

5. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임.
   단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 않습니다.
6. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
7. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
8. 항공기, 선박, 차량, 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 배상책임

【 용어해설 】

<차량>
자동차관리법 및 도로교통법에서 정한 '자동차', '이륜자동차' 및 '원동기장치자전거'를 말합니다.
※ 전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등은 자동차관리법에서 정한 '이륜자동차', 도로교통법에서 정한 '원동기장치자전거'에 포함됩니다. 또한 도로교통법에서 정한 개인형이동장치(시속25킬로미터 미만의 속도제한 및 중량 30킬로그램 미만) 역시 원동기장치자전거에 해당됩니다.

9. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임.
   그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
10. 폭력행위로 인한 배상책임
11. 피보험자가 누수사고로 인하여 재물손해로 생긴 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해

**제6조 (보험금 등의 지급한도)**

① 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다.
이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제4조(보상하는 손해의 범위) 제1호의 손해배상금 : 1사고당 이 특약의 보상한도액을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
   다만, 보상한도액과 자기부담금은 대인 및 대물(누수사고제외) 사고에 따라 다를 수 있습니다.
2. 제4조(보상하는 손해의 범위) 제2호 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제4조(보상하는 손해의 범위) 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 이 특약의 보상한도액 내에서 보상합니다.

② 하나의 사고를 원인으로 대인배상 및 대물(누수사고제외)배상이 동시에 발생하는 경우 각각의 보험사고로 보고 보상한도액과 자기부담금을 적용합니다.

**제7조 (보장의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 '(무)일상생활중배상책임IV(가족)(갱신형)보장 특별약관 공통조항'을 따릅니다.

## 5-3. (무)일상생활중배상책임IV(가족)(갱신형)보장 특별약관 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 피보험자가 법률

상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보장하기 위하여 체결됩니다.

**제2조 (용어의 정의)**

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 다르게 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약 관련 용어

| 용 어 | 정 의 |
|---|---|
| 계약자 | 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다. |
| 보험증권 | 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다. |
| 보험목적 | 보험사고의 발생의 객체가 되는 경제상의 재화 |
| 피보험자 | 보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다. |

2. 보상 관련 용어

| 용 어 | 정 의 |
|---|---|
| 중요한 사항 | 계약전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외 등과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다. |
| 배상책임 | 보험증권에 기재된 보험목적에서 보험기간 중에 발생된 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다. |
| 보상한도액 | 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 '보험금 등의 지급한도' 조항에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대한도를 말합니다. |
| 자기부담금 | 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다. |
| 보험금 분담 | 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다. |
| 대위권 | 회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다. |

3. 이자율 관련 용어

| 용 어 | 정 의 |
|---|---|
| 연단위 복리 | 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.<br>예시) 1차년도 이자 : 10원(100원(원금)×10%(이율))<br>2차년도 이자 : 11원(110원(원금+1차년도 이자)×10%(이율)) |
| 평균공시이율 | 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.<br>다만, 갱신형 계약의 경우 갱신일 현재의 이율을 말합니다.<br>·연도별 평균공시이율 확인방법<br>: 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr) > 업무자료 > 보험 > 보험상품자료 |
| 보험계약 대출이율 | 보험계약대출에 적용되는 이율로써 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정됩니다. |
| 해약환급금 | 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다. |

4. 기간과 날짜 관련 용어

| 용 어 | 정 의 |
|---|---|
| 보험기간 | 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다. |
| 영업일 | 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일, 대체공휴일 및 근로자의 날을 제외합니다. |

【 관련법규 】

**※ 관공서의 공휴일에 관한 규정 제2조 및 제3조**

**제2조(공휴일)**

관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 삭제 <2005. 6. 30.>
6. 부처님오신날 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일 (기독탄신일)

10의2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일

11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

**제3조(대체공휴일)**

① 제2조제2호부터 제10호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제2조 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다.

1. 제2조제2호 또는 제7호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
2. 제2조제4호 또는 제9호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
3. 제2조제2호·제4호·제7호 또는 제9호의 공휴일이 토요일·일요일이 아닌 날에 같은 조 제2호부터 제10호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우

② 제1항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

## 제2관 보험금의 지급

**제3조 (보험금의 지급사유)**

이 특별약관의 보험금의 지급사유는 5-1. (무)일상생활중배상책임IV(가족)(누수사고포함)(갱신형)보장 특별약관 및 5-2. (무)일상생활중배상책임IV(가족)(누수사고제외)(갱신형)보장 특별약관 조항에서 각각 정합니다.

**제4조 (보상하는 손해의 범위)**

회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 다음 각 호와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
   가. 피보험자가 제12조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   나. 피보험자가 제12조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
   라. 보험증권상의 보상한도액 내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
   마. 피보험자가 제13조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

**제5조 (보상하지 않는 손해)**

이 특별약관의 보상하는 않는 손해는 5-1. (무)일상생활중배상책임IV(가족)(누수사고포함)(갱신형)보장 특별약관 및 5-2. (무)일상생활중배상책임IV(가족)(누수사고제외)(갱신형)보장 특별약관 조항에서 각각 정합니다.

**제6조 (보험금 등의 지급한도)**

이 특별약관의 보험금 등의 지급한도는 5-1. (무)일상생활중배상책임IV(가족)(누수사고포함)(갱신형)보장 특별약관 및 5-2. (무)일상생활중배상책임IV(가족)(누수사고제외)(갱신형)보장 특별약관 조항에서 각각 정합니다.

**제7조 (손해의 발생과 통지)**

① 계약자 또는 피보험자는 다음 각 호와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 각 호의 통지를 게을리 하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 않습니다.

다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제4조(보상하는 손해의 범위) 제1호 및 제2호 '다' 목 또는 '라' 목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상합니다.

**제8조 (보험금의 청구)**

피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

**제9조 (보험금의 지급절차)**

① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 보내며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험

금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.

② 제1항에 의한 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

③ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 [부표2] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산' 에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

## 제10조 (의무보험과의 관계)

① 회사는 이 계약에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다.
다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제11조(보험금의 분담)를 따릅니다.

② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다.

③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했더라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 '의무보험에서 보상하는 금액' 으로 봅니다.

## 제11조 (보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제조합 등에서 공제부금을 받아 운영하는 '공제계약' 을 포함합니다. 이하 동일합니다.)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

**【 예시안내 】**

**< 보험금의 분담 >**

피보험자의 **실제 손해액 80, 계약1(현대해상) 보장금액 60, 계약2 보장금액 40**인 경우에는 피보험자는 **계약1(현대해상)에서 48을 보상**받습니다. 나머지 손해액은 계약2에서 보상됩니다.

**•계약1= 48** $= 80 \times \frac{\text{계약1(60)}}{\text{계약1(60)+계약2(40)}}$ •계약2= 32 $= 80 \times \frac{\text{계약2(40)}}{\text{계약1(60)+계약2(40)}}$

## 제12조 (손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 다음 각 호의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재, 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제4조(보상하는 손해의 범위)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액

3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

### 제13조 (손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 계약에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다.

그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

**【 유의사항 】**

**< 손해배상청구에 대한 회사의 해결 >**

피해자는 피보험자를 대신하여 회사에 보험금 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 그 사고에 대하여 손해배상책임의 발생 여부, 손해배상금액 등이 부당하다고 여겨 따지거나 반대하고자 하는 의사를 밝히는 경우 회사는 피보험자를 대신하여 피해자에게 반대하는 등 대항할 수 있습니다.

② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인출석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다.

이 경우에 회사의 요구가 있으면 계약자 또는 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제2항 및 제3항의 요구에 협조하지 않은 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해를 보상하지 않습니다.

### 제14조 (합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

**【 용어해설 】**

**< 보상책임을 지는 한도 >**

동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유 없이 협력하지 않을 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.

④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.

1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
2. 피보험자가 정당한 이유 없이 협력하지 않을 때

⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다.

이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

### 제15조 (대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도 내에서 아래의 권리를 가집니다.

다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손

해배상청구권

2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다.

다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

### 제16조 (약관상 보장하지 않는 원인으로 사망시 지급금)

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 제1항 및 제34조(계약의 소멸)의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

### 제17조 (보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 피보험자)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.

### 제18조 (보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때의 보험수익자는 피보험자로 합니다.

### 제19조 (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 연대하여 그 책임을 집니다.

**【 예시안내 】**

**< 계약자가 2명 이상인 경우 >**

계약자가 2명 이상인 경우 계약전 알릴의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

· 연대 : 2인 이상이 연대하여 책임을 지므로 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

## 제3관 계약자의 계약전 알릴 의무 등

### 제20조 (계약전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 '계약전 알릴 의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다) 합니다.

【 관련법규 】

< 상법에 따른 “고지의무” >

※ 상법 제651조(고지위반으로 인한 계약 해지)
보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니합니다.

※ 상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)
보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정합니다.

**제21조 (계약후 알릴 의무)**

① 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 보험목적에 다음 각 호와 같은 사실이 생긴 경우에는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험회사와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

② 제1항의 따라 위험이 증가 또는 감소하는 경우 보험료가 변경 될 수 있으며 남아있는 기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 돌려받을 금액이 생길 수 있습니다.

③ 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 위험이 증가된 경우에 회사는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

**제22조 (주소변경통지)**

① 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에도 불구하고 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달한 것으로 봅니다.
다만, 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 사항에 한합니다.

**제23조 (알릴 의무 위반의 효과)**

① 회사는 다음 각 호와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 제20조(계약전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
2. 계약자 또는 피보험자가 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제21조(계약후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때

② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 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 2년이 지났을 때
3. 계약을 체결한 날(갱신형 계약의 경우 최초 계약해당일을 말합니다)부터 3년이 지났을 때
4. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때.
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보

험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

【 용어해설 】

< 해지 >
현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제46조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 손해가 발생 후에 제1항에 의한 계약의 해지가 이루어진 경우에 회사는 그 손해를 보상하지 않으며, 계약전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 '반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다' 라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 손해가 제1항의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑦ 제1항에 따라 보장을 제한하는 경우에는 계약자의 동의가 필요합니다.

**제24조 (양도)**

회사의 서면동의가 없는 보험목적의 양도는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면동의한 경우에 한하여 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다.

다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

**제25조 (사기에 의한 계약)**

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

## 제4관 계약의 성립과 유지

**제26조 (계약의 성립)**

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

② 회사는 보험목적 또는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나, 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 청약일부터 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 거절하는 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.

**제27조 (청약의 철회)**

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수

있습니다. 다만, 의무보험의 경우에는 철회의사를 표시한 시점에 동종의 다른 의무보험에 가입된 경우에만 철회할 수 있으며, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

**【 용어해설 】**

**< 전문금융소비자 >**

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

**< 일반금융소비자 >**

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약을 한 날부터 30일(다만, 만65세이상의 계약자가 전화를 통해 체결한 계약은 45일)을 초과한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

**【 관련법규 】**

※ 금융소비자보호에 관한 법률 제46조(청약의 철회)에서 정한 청약철회 가능 기간

: 일반금융소비자가 상법 제640조에 따른 보험증권을 받은 날부터 15일과 청약을 한 날부터 30일 중 먼저 도래하는 기간

③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

⑤ 제1항의 보험증권을 받은 날에 대하여 다툼이 발생한 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

⑥ 회사는 청약의 철회에 따른 손해배상 또는 위약금 등 금전의 지급을 계약자에게 청구할 수 없습니다.

⑦ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

다만, 계약자가 보험금의 지급사유가 발생한 사실을 알면서 해당 계약의 청약을 철회한 경우에는 청약철회의 효력이 발생합니다.

### 제28조 (약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

1. 서면교부
2. 우편 또는 전자우편
3. 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료 납입, 보험기간, 계약전 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.

【 용어해설 】

**< 통신판매계약 >**

전화・우편・인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 계약자는 다음 각 호의 경우에 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

1. 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않은 경우
2. 계약자가 청약할 때 회사가 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우
3. 계약자가 계약을 체결할 때까지 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 경우

【 용어해설 】

**< 약관의 중요한 내용 >**

금융소비자 보호에 관한 법률 제19조(설명의무) 등에서 정한 다음의 내용을 말합니다.

- 보통약관 및 특약별로 보장하는 사망, 질병, 상해 등 주요 위험 및 보험금
- 위험보장사항 및 각각의 보험료 및 보험료 납입기간
- 청약의 철회에 관한 사항(기한・행사방법・효과 등)
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 고지의무 및 통지의무 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해약환급금에 관한 사항(납부한 보험료보다 적거나 없을 수 있다는 사실 포함)
- 민원처리 및 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 해약환급금이 지급되지 않는 해약환급금 미지급형 상품의 경우 해지시 해약환급금이 지급되지 않는다는 사실 및 동일한 보장내용으로 해약환급금을 지급하는 상품에 관한 사항
- 저축성보험 계약의 경우 납입보험료 중 사업비 등이 차감된 일부 금액만 특별계정에 투입되어 운용되거나 적용이율로 부리된다는 내용
- 연계・제휴서비스등의 내용 및 이행책임에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

**< 자필서명 >**

계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

※ 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명
: 다음 각 목의 사항을 나타내는데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
가. 서명자의 신원
나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 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 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

## 제29조 (계약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험의 목적에 이미 보험사고가 발생하였을 경우에는 이 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보장보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

**제30조 (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 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자
5. 보상한도액, 보험료 등 기타 계약의 내용

② 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

③ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보상한도액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제46조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

**【 유의사항 】**

**< 보험가입금액 등의 감액시 환급금 >**
보험가입금액, 보험료 등의 감액시 환급금이 없거나 최초가입시 안내한 만기(해약)환급금 보다 적어질 수 있습니다.

**제31조 (조사)**

① 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

**제32조 (타인을 위한 계약)**

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

**【 용어해설 】**

**< 타인을 위한 계약 >**
계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

**제33조 (보험나이 등)**

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

다만, 계약해당일이 없을 경우에는 해당월의 말일을 계약해당일로 합니다.

③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【 예시안내 】

**< 보험나이 계산 >**

생년월일 : 1994년 3월 3일, 현재(계약일) : 2023년 10월 13일

⇒ 2023년 10월 13일 - 1994년 3월 3일 = 29년 7개월 10일 = 30세

※ 피보험자의 주민등록상 생년월일 및 성별을 기준으로 합니다.

**< 계약해당일 >**

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다.

계약일: 2023년 10월 13일 ⇒ 계약해당일: 매년 10월 13일

단, 계약해당일 2월 29일이 없을 경우에는 2월 28일을 계약해당일로 합니다.

**< 나이 또는 성별의 정정 기준 >**

청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 따라 계약이 체결되었으나, 신분증에 기재된 사실내용과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정합니다.

**제34조 (계약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제35조 (계약의 자동갱신)**

① 회사는 이 계약의 보험기간이 끝나기 30일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약' 이라 합니다)의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 계약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 계약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이' 라 합니다)는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.

다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

**< 43세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 53세, 63세, 73세, 83세, 93세

⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.

다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 회사는 이 계약의 보험기간 종료일 시점에 유효한 보장에 한하여 자동갱신하여 드립니다.

## 제5관 보험료의 납입

**제36조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)**

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.
또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다.

② 회사는 계약자가 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 합니다.
다만, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출 승인이 불가능한 경우에는 제1회 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

③ 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

**【 용어해설 】**

**< 보장개시일 >**
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.
또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

④ 회사는 제3항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 제20조(계약전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제5조(보상하지 않는 손해), 제23조(알릴 의무 위반의 효과), 제25조(사기에 의한 계약) 및 제29조(계약의 무효)의 규정을 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

**제37조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)**

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료(적립부분에 대한 계약자의 갱신요청이 없는 경우에는 보장보험료에 한합니다)를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제38조 (제2회 이후 보험료의 납입)**

① 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.

**【 용어해설 】**

**< 납입기일 >**
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

② 계약자는 보험료의 전부 또는 일부를 미리 낼 수 있으며 3개월 이상의 보험료를 미리 낼 때에는 보장보험료에 한하여 평균공시이율로 할인하여 드립니다.

③ 제2항의 경우 계약이 보험기간 중에 소멸 또는 변경되었을 경우 선납보험료가 있으면 선납보험료를 받은 기간에 대하여 보장보험료는 평균공시이율로 계산한 금액을 선납보험료에 더하여 계약자에게 돌려 드립니다.

**제39조 (보험료의 자동대출납입)**

① 계약자는 제38조(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 제47조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.

다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려 드립니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 다음 제1호의 금액이 제2호의 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

1. 제1항의 규정에 의한 대출금과 이자를 더한 금액
   다만, 이자는 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 보험계약대출이율로 계산합니다.
2. 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액

③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제46조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 지급합니다.

⑤ 회사는 보험료의 자동대출납입 기간이 종료되거나 제2항에 따라 자동대출납입을 더 이상 할 수 없는 경우, 이를 최초 도래하는 납입일로부터 15일 이전까지 서면, 전화 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 알려 드립니다.

### 제40조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자에게 다음 각 호의 내용을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

1. 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
3. 계약자가 회사로부터 보험계약대출을 받은 경우 계약이 해지되는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용

② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

③ 타인을 위한 계약의 경우 특정된 타인에게도 제1항 및 제2항에 따른 내용을 알려 드립니다.

④ 보험료 납입이 연체중이라도 계약의 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

⑤ 회사가 제1항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.

회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

⑥ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제46조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

**【 용어해설 】**

**< 납입최고(독촉) >**
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

### 제41조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계

약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보장보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제20조(계약전 알릴 의무), 제23조(알릴 의무 위반의 효과), 제25조(사기에 의한 계약), 제26조(계약의 성립) 및 제36조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제20조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제23조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

### 제42조 (강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 제30조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 피보험자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 지정된 피보험자에게 해지된 날부터 7일 이내에 통지합니다.

② 제1항에 의하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약하고자 하는 해지 당시의 피보험자는 계약자의 동의를 얻고, 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하여야 합니다.

③ 회사는 법정상속인이 피보험자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 피보험자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 이행할 수 있습니다.

⑤ 회사는 제1항 및 제2항에 의한 피보험자의 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.

다만, 회사의 통지가 해지된 날부터 7일을 지나서 도달하고 이후 피보험자가 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복)됩니다.

**【 용어해설 】**

**< 강제집행과 담보권실행 >**

강제집행이란 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 아니하는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다.

담보권실행이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 아니하는 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 국세기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 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

### 제43조 (계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제46조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

### 제43조의2 (위법계약의 해지)

① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

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 제46조(해약환급금) 제5항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

**【 용어해설 】**

**<위법계약>**

금융상품판매업자등이 금융소비자보호에 관한 법률 제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

### 제44조 (중대사유로 인한 해지)

① 회사는 다음 각 호와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자 또는 피보험자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우.

다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제46조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 지급합니다.

**【 유의사항 】**

**< 이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급>**

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 변조하여 보험금을 청구한 경우 회사는 그 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

다만, 이 경우에도 회사는 실제 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

### 제45조 (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 제46조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

### 제46조 (해약환급금)

① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산합니다.

② 제1항의 해약환급금은 보험료의 자동대출납입에 따라 납입된 보험료와 이자, 보험계약대출에 따른 보험계약대출원금과 이자가 있는 경우 이를 차감한 금액을 지급합니다.
③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [부표2] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.
④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.
⑤ 제43조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

**제47조 (보험계약대출)**
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 보험계약대출을 받을 수 있습니다.
그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출원금과 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 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

**제48조 (배당금의 지급)**
회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

## 제7관 분쟁의 조정 등

**제49조 (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 포함합니다)을 요구할 수 있습니다.
② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

**제50조 (관할법원)**
이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다.
다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 다르게 정할 수 있습니다.

**제51조 (소멸시효)**
보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금 청구권, 계약자적립액 및 미경과보험료 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

**【 유의사항 】**

**< 소멸시효의 완성 >**
소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있을 때부터 시작됩니다.
보험금 지급사유가 2020년 1월 1일에 발생하였음에도 2023년 1월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

**제52조 (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 해

석합니다.

③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

**제53조 (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, 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

② 설명서, 약관, 청약서 부본 및 증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

**【 용어해설 】**

**< 보험안내자료 >**

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

**제54조 (회사의 손해배상책임)**

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자 및 피보험자에게 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 또는 피보험자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 피보험자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

**【 용어해설 】**

**< 현저하게 공정을 잃은 합의 >**

사회통념상 일반 보통인이라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

**제55조 (개인정보보호)**

① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여「개인정보 보호법」,「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다.

다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

**제56조 (준거법)**

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 「금융소비자보호에 관한 법률」, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

**제57조 (예금보험에 의한 지급보장)**

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

[부표2]

## 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

| 구 분 | | 적립기간 | 적립이율 |
|---|---|---|---|
| 승낙거절로 제1회보험료 반환 | | 보험료를 받은 기간 | 평균공시이율 + 1% (단, 신용카드 매출은 이자 없음) |
| 청약 철회로 기납입보험료 반환 | | 반환기일주) 다음날부터 반환일까지의 기간 | 보험계약대출이율 (단, 신용카드 매출은 이자 없음) |
| 계약 무효로 기납입보험료 반환 | 회사의 고의/과실로 계약무효 또는 회사가 승낙 전에 무효를 알았으나 보험료를 반환하지 않은 경우 | 보험료 납입 다음날부터 반환일까지의 기간 | 보험계약대출이율 |
| 특별약관 보장 보험금 | 지급기일주) 이내에 보험금을 지급하지 않은 경우 | 지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간 | 보험계약대출이율 |
| | | 지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간 | 보험계약대출이율 + 가산이율주)(4.0%) |
| | | 지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간 | 보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%) |
| | | 지급기일의 91일이후 기간 | 보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%) |

| 구 분 | 적립기간 | 적립이율 | |
|---|---|---|---|
| 해약환급금 | 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간 | 1년 이내 | 평균공시이율의 50% |
| | | 1년 초과 | 평균공시이율의 40% |
| | 환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급일까지의 기간 | 보험계약대출이율 | |

※ 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 금리연동형보험은 일자 계산합니다.

※ 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.

※ 보험금의 지연이자에 대해서는 기타소득세가 공제됩니다.

(주) 1. 반환기일 : 청약 철회 접수날부터 3영업일
2. 지급기일 : 지급보험금 결정일부터 7일
3. 가산이율
- 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

# 6. 무배당 법률비용손해Ⅱ(갱신형) 보장 특별약관

무배당 법률비용손해Ⅱ(갱신형)보장 특별약관은 보통약관 제3조의2(보험료 납입면제)에도 불구하고 보험료납입면제가 적용되지 않는 특별약관입니다.

## 6-1. (무)법률비용손해Ⅱ(민사소송)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자에게 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 소송사건이 보험기간 중에 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료되고 피보험자가 소송비용을 부담하는 것으로 판결 또는 결정이 내려진 경우 1사고당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 법률비용보험금(민사소송) | 민사소송사건이 종료되어 법률비용을 부담하는 경우 | 변호사비용 | 1,500만원 한도 (1사고당 자기부담금 10만원) |
| | | 인지액+송달료 | 500만원 한도 |

**제2조 (소송 등의 정의)**

① 이 특약에서 '소송'이라 함은 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심 및 항소심에 대한 상고심 각각(이하 '심급별'이라 합니다)을 말하며, 이 특약에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

② 이 특약에서 '소송사건'이라 함은 대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호문자에 관한 예규에서 아래와 같이 분류되는 소송사건을 말합니다.

| 심급 구분 | 민사사건 | 사건별 부호 |
|---|---|---|
| 1심 | 민사1심합의사건 | 가합 |
| | 민사1심단독사건 | 가단 |
| | 민사소액사건 | 가소 |
| 항소심 | 민사항소사건 | 나 |
| 상고심 | 민사상고사건 | 다 |

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 소송은 연간 하나의 사건에 의해 제기된 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.

② 회사는 심급별로 다음 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험금으로 지급합니다.

1. '변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙'에 정한 변호사비용([별표72] '소송목적의 값에 따른 변호사비용' 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액

   다만, '변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙'에서 정한 변호사비용이 변경되는 경우에는 변경된 법에 따릅니다.

【 예시안내 】

소송목적의 값이 5,000만원의 경우
[200만원 +(5000만원-2,000만원)x(8/100)] = 440만원(보상한도)

※ 소송목적의 값이 5,000만원인 경우

| |
|---|
| 2,000만원을 초과하여 5,000만원까지 부분<br>[200만원 + (소송목적의 값 - 2,000만원) x (8/100)] |

단, '변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙[별표](개정 2020.12.28.)' 이 개정되는 경우 개정된 규칙을 따르므로 상기 산출예시는 변경될 수 있습니다.

2. '민사소송 등 인지법' 에 정한 인지액([별표73] '민사소송 등 인지법에 정한 인지액' 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액
   다만, '민사소송 등 인지법' 에서 정한 인지액이 변경되는 경우에는 변경된 법에 따릅니다.
3. 대법원이 정한 송달료 규칙에 정한 송달료([별표74] '송달료 규칙에 정한 송달료(민사소송)' 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료
   다만, 대법원이 정한 '송달료 규칙' 이 변경되는 경우에는 변경된 규칙을 따릅니다.

③ 회사는 제2항의 각 호에 대하여 종국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가 지급하거나 이미 지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 계약자나 피보험자의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
2. 지진, 분화, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태에 기인한 손해
3. 핵연료 물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 인한 손해

【 용어해설 】

**< 핵연료물질 >**
사용된 연료를 포함합니다.
**< 핵연료물질에 의하여 오염된 물질 >**
원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

4. 제3호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
5. 민사소송법에 정한 청구의 포기(원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유 없음을 자인한 것을 말합니다), 인낙(피고가 원고의 소송상의 청구가 이유 있음을 인정한 것을 말합니다), 소의 취하, 소의 각하, 소장각하명령
6. 특허법에 정한 특허, 저작권법에 정한 저작권, 상표법에 정한 상표권, 실용신안법에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
7. 피보험자가 각종 단체(상법상 회사, 민법상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
8. 소비자기본법 제70조(단체소송의 대상 등)에 따라 제기된 소송
9. '자본시장과 금융투자업에 관한 법률' 에 정한 금융투자상품에 관련된 소송
10. 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
11. '노동조합 및 노동관계조정법' 에 관련된 쟁의행위, '집회 및 시위에 관한 법률' 에 관련된 시위행위에 관련된 소송
12. '독점규제 및 공정거래에 관한 법률', '증권관련집단소송법' 에 관련된 소송
13. 가입여부와 관계없이 자동차손해배상보장법, 산업재해보상보험법 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험(공제계약을 포함하며, 이하 '의무보험' 이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생되는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 제1조(보험금의 지급사유)에서

정한 법률비용
14. 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손, 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 기인한 소송
15. 소송의 결과에 따라 피보험자가 민사소송 상대측에게 부담하여야 할 소송비용 일체
16. 석면(이를 구성물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약용구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송
17. 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송
18. 피보험자와 피보험자의 가족 간의 민사소송
19. 소송의 결과로 피보험자에게 부과된 손해배상금, 벌금, 과태료, 연체이자 및 기타 이와 유사한 금액
20. 대한민국 외에서 제기된 또는 대한민국 이외의 법령에 의거한 소송

【 용어해설 】

**< 소송제기의 원인이 되는 사건 >**

사실관계를 객관적으로 입증할 수 있는 사건으로 그 예는 아래와 같습니다.

· 채무불이행/부당이득의 경우 : 보험기간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 처음으로 채무불이행/부당이득이 발생한 사건
· 손해배상의 경우 : 해당 사고가 보험기간 중에 발생한 사건

**< 연간 하나의 사건 >**

보험기간 첫날(1회 보험료 받은 시점)부터 1년이 되는 마지막 날 그 시점까지 및 이후 각 1년간의 기간 중 피보험자와 타인간에 발생한 법적 분쟁으로서 소송이 제기된 원인이 된 하나의 사실을 말합니다.

**< 하나의 소송 >**

대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호문자에 관한 예규에서 분류되는 소송사건 중 제2조(소송 등의 정의) 제2항에 해당하는 사건 분류 번호 상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(민사소송법에 정한 파기환송심, 재심은 제외합니다)
다만, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생된 소송으로 인한 반소(민사소송법 제269조(반소)에 정한 것으로 피고가 원고의 소송에 대하여 제기하는 소송을 말합니다), 동법 제412조(반소의 제기)의 경우에는 이를 하나의 소송에 포함된 것으로 보며, 구분되는 사건 소송으로 간주하지 않습니다.

**< 소의 취하 >**

민사소송법 제266조(소의 취하), 동법 제425조(항소심절차의 준용)에 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다)에 대해 취하하는 것을 말합니다.

**< 소의 각하 >**

민사소송법 제254조(재판장등의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장등의 항소장 심사권), 동법 제402조(항소심재판장등의 항소장 심사권), 동법 제425조(항소심절차의 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

**< 소장각하명령 >**

행정소송법 및 민사소송법 제254조(재판장등의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장등의 항소장 심사권), 동법 제402조(항소심재판장등의 항소장 심사권), 동법 제425조(항소심절차의 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

**< 가족 >**

1. 피보험자의 부모와 양부모
2. 피보험자의 배우자의 부모 또는 양부모
3. 피보험자의 법률상의 배우자 또는 사실혼 관계에 있는 배우자
4. 피보험자의 법률상 혼인관계에서 출생한 자녀, 사실혼 관계에서 출생한 자녀, 양자 또는 양녀
5. 피보험자의 며느리
6. 피보험자의 사위

※ 위에 정한 가족은 피보험자에게 발생한 사건 당시의 피보험자와의 관계를 말합니다.

### 제5조 (보험금의 분담)

① 이 특약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제조합 등에서 공제부금을 받아 운영하는 '공제계약'을 포함합니다. 이하 동일합니다.)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 특약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 특약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

**【 예시안내 】**

**< 다른 계약이 체결되어 있는 경우 보험금의 분담 >**

피보험자의 **실제 손해액 80**, **계약1(현대해상) 보상책임 60**, **계약2 보상책임 40**인 경우에는 피보험자는 **계약1(현대해상)에서 48을 보상**받습니다. 나머지 손해액은 계약2에서 보상됩니다.

$$\text{•계약1= 48} = 80 \times \frac{\text{계약1(60)}}{\text{계약1(60)+계약2(40)}} \quad \text{•계약2= 32} = 80 \times \frac{\text{계약2(40)}}{\text{계약1(60)+계약2(40)}}$$

② 이 특약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제2항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

### 제6조 (대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다.
다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다.
다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

### 제7조 (조사)

① 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송 진행 사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 특약의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 특약의 중요사항과 관련된 범위 내에서 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 동의를 얻어 소송 관련서류를 열람할 수 있습니다.

④ 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 아니함에 따라 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제3항을 이행하지

않은 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 '(무)법률비용손해Ⅱ(갱신형)보장 특별약관 공통조항'을 따릅니다.

## 6-2. (무)법률비용손해Ⅱ(행정소송)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자에게 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 소송사건이 보험기간 중에 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 종료됨에 따라 피보험자가 소송비용을 부담하는 것으로 판결 또는 결정이 내려진 경우에는 심급별로 아래의 금액을 한도로 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | | 지급금액 |
|---|---|---|---|
| 법률비용보험금(행정소송) | 행정소송사건이 종료되어 법률비용을 부담하는 경우 | 변호사비용 | 1,500만원 한도 (1사고당 자기부담금 10만원) |
| | | 인지액+송달료 | 500만원 한도 |

**제2조 (소송 등의 정의)**

① 이 특약에서 '소송'이라 함은 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심 및 항소심에 대한 상고심 각각(이하 '심급별'이라 합니다)을 말하며, 이 특약에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

② 이 특약에서 '소송사건'이라 함은 대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호문자에 관한 예규에서 아래와 같이 분류되는 소송사건을 말합니다.

| 심급 구분 | 민사사건 | 사건별 부호 |
|---|---|---|
| 1심 | 행정1심사건 | 구합 |
| | 행정1심재정단독사건 | 구단 |
| 항소심 | 행정항소사건 | 누 |
| 상고심 | 행정상고사건 | 두 |

**제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 소송은 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.

② 회사는 심급별로 다음 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험금으로 지급합니다.

1. '변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙'에 정한 변호사비용([별표72] '소송목적의 값에 따른 변호사비용' 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액

   다만, '변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙'에서 정한 변호사비용이 변경되는 경우에는 변경된 법에 따릅니다.

【 예시안내 】

소송목적의 값이 5,000만원의 경우
[200만원 +(5000만원-2,000만원)x(8/100)] = 440만원(보상한도)

※ 소송목적의 값이 5,000만원인 경우

| |
|---|
| 2,000만원을 초과하여 5,000만원까지 부분<br>[200만원 + (소송목적의 값 - 2,000만원) x (8/100)] |

단, '변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙[별표](개정 2020.12.28.)' 이 개정되는 경우 개정된 규칙을 따르므로 상기 산출예시는 변경될 수 있습니다.

2. '민사소송 등 인지법' 에 정한 인지액([별표73] '민사소송 등 인지법에 정한 인지액' 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액
   다만, '민사소송 등 인지법' 에서 정한 인지액이 변경되는 경우에는 변경된 법에 따릅니다.
3. 대법원이 정한 송달료 규칙에 정한 송달료([별표75] '송달료 규칙에 정한 송달료(행정소송)' 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료
   다만, 대법원이 정한 '송달료 규칙' 이 변경되는 경우에는 변경된 규칙을 따릅니다.

③ 회사는 제2항의 각 호에 대하여 종국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가 지급하거나 이미 지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

**제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 계약자나 피보험자의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
2. 지진, 분화, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태에 기인한 손해
3. 핵연료 물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 인한 손해

【 용어해설 】

**< 핵연료물질 >**
사용된 연료를 포함합니다.
**< 핵연료물질에 의하여 오염된 물질 >**
원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

4. 제3호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
5. 행정소송법에 정한 청구의 포기(원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유 없음을 자인한 것을 말합니다.), 인낙(피고가 원고의 소송상의 청구가 이유 있음을 인정한 것을 말합니다.), 소의 취하, 소의 각하, 소장각하명령
6. 특허법에 정한 특허, 저작권법에 정한 저작권, 상표법에 정한 상표권, 실용신안법에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
7. 피보험자가 각종 단체(상법상 회사, 민법상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
8. 소비자기본법 제70조(단체소송의 대상 등)에 따라 제기된 소송
9. '자본시장과 금융투자업에 관한 법률' 에 정한 금융투자상품에 관련된 소송
10. 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
11. '노동조합 및 노동관계조정법' 에 관련된 쟁의행위, '집회 및 시위에 관한 법률' 에 관련된 시위행위에 관련된 소송
12. '독점규제 및 공정거래에 관한 법률', '증권관련집단소송법' 에 관련된 소송
13. 가입여부와 관계없이 자동차손해배상보장법, 산업재해보상보험법 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험(공제계약을 포함하며, 이하 '의무보험' 이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생되는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 법률비용

14. 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손, 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 기인한 소송
15. 소송의 결과에 따라 피보험자가 소송 상대측에게 부담하여야 할 소송비용 일체
16. 석면(이를 구성물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약용구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송
17. 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송
18. '국민투표무효소송 및 공직선거 및 선거부정방지법이 정한 선거 무효소송'(공직선거법 제222조) 및 '당선 무효소송'(공직선거법 제223조)
19. 국가 또는 공공단체의 기관이 법률에 위반되는 행위를 한때에 직접 자기의 법률상 이익과 관계없이 그 시정을 구하기 위해 제기하는 소송
20. 국가 또는 공공단체의 기관 상호간에 있어서의 그 권한의 존부 또는 그 행사에 관하여 다툼이 있는 때 이에 대하여 제기하는 소송으로 국민의 구체적 권익 구제와는 관련이 없는 기관소송(지방의회 또는 교육위원회 의결무효 소송, 감독처분에 대한 이의소송 등을 말합니다)
21. 행정청이 당사자의 신청에 대하여 법률상의 응답의무가 있음에도 이를 하지 않는 경우 행정청의 응답을 신속하게 하기 위한 소송
22. 소송의 결과로 피보험자에게 부과된 손해배상금, 벌금, 과태료, 연체이자 및 기타 이와 유사한 금액
23. 대한민국 외에서 제기된 또는 대한민국 이외의 법령에 의거한 소송

**【 용어해설 】**

**< 소송제기의 원인이 되는 사건 >**

사실관계를 객관적으로 입증할 수 있는 사건이 보험기간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 처음으로 국가 기관 및 행정청으로부터 받은 행정처분을 말합니다.

**< 하나의 소송 >**

대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호문자에 관한 예규에서 분류되는 소송사건 중 제4조(소송 등의 정의) 제2항에 해당하는 사건 분류 번호 상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(행정소송법에 정한 제3자에 의한 재심은 제외합니다)
다만, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생된 소송으로 인한 반소(민사소송법 제269조(반소)에 정한 것으로 피고가 원고의 소송에 대하여 제기하는 소송을 말합니다), 동법 제412조(반소의 제기)의 경우에는 이를 하나의 소송에 포함된 것으로 보며, 구분되는 사건 소송으로 간주하지 않습니다.

**< 소의 취하 >**

민사소송법 제266조(소의 취하), 동법 제425조(항소심절차의 준용)에 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다)에 대해 취하하는 것을 말합니다.

**< 소의 각하 >**

민사소송법 제254조(재판장등의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장등의 항소장 심사권), 동법 제402조(항소심재판장등의 항소장 심사권), 동법 제425조(항소심절차의 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

**< 소장각하명령 >**

행정소송법 및 민사소송법 제254조(재판장등의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장등의 항소장 심사권), 동법 제402조(항소심재판장등의 항소장 심사권), 동법 제425조(항소심절차의 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

**제5조 (보험금의 분담)**

① 이 특약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제조합 등에서 공제부금을 받아 운영하는 '공제계약'을 포함합니다. 이하 동일합니다.)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 특약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 특약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

【 예시안내 】

**< 다른 계약이 체결되어 있는 경우 보험금의 분담 >**

피보험자의 **실제 손해액 80**, **계약1(현대해상) 보상책임 60**, **계약2 보상책임 40**인 경우에는 피보험자는 **계약1(현대해상)에서 48을 보상**받습니다. 나머지 손해액은 계약2에서 보상됩니다.

**•계약1= 48** $=80\times\frac{\text{계약1(60)}}{\text{계약1(60)+계약2(40)}}$ •계약2= 32 $=80\times\frac{\text{계약2(40)}}{\text{계약1(60)+계약2(40)}}$

② 이 특약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제2항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

**제6조 (대위권)**

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다.

다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다.

다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

**제7조 (조사)**

① 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송 진행 사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 특약의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 특약의 중요사항과 관련된 범위 내에서 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 동의를 얻어 소송 관련서류를 열람할 수 있습니다.

④ 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 아니함에 따라 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제3항을 이행하지 않은 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

**제8조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 '(무)법률비용손해Ⅱ(갱신형)보장 특별약관 공통조항'을 따릅니다.

## 6-3. (무)가족법률비용손해Ⅱ(의료과오)(갱신형)보장 특별약관

**제1조 (보험금의 지급사유)**

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자에게 의료과오와 관련된 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 소송사건이 보험기간 중에 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료되고 피보험자가 소송비용을 부담하는 것으로 판결 또는 결정이 내려진 경우 1사고당 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '이 특별약관의 보험기간'은 '보험기간'이라 합니다)

| 보험금의 종류 | | 지급금액 |
|---|---|---|
| 법률비용 보험금 | 1. 의료과오와 관련된 소송사건이 종료되어 소송비용을 부담하는 경우 피보험자가 부담해야하는 피보험자의 변호사비용 | 1,500만원 한도 (1사고당 자기부담금 : 10만원) |
| | 2. 의료과오와 관련된 소송사건이 종료되어 소송비용을 부담하는 경우 피보험자가 부담해야하는 소송 상대방의 변호사비용 | 1,500만원 한도 (1사고당 자기부담금 : 피보험자가 부담하는 소송 상대방 변호사 비용의 30%) |
| | 3. 의료과오와 관련된 소송사건이 종료되어 법률비용을 부담하는 경우 인지액과 송달료 | 500만원 한도 |

**제2조 (피보험자의 범위)**

① 이 특약에서 피보험자라 함은 다음 각 호의 사람을 말합니다.

1. 보험증권에 기재된 피보험자(이하 '피보험자 본인'이라 합니다)
2. 피보험자 본인의 배우자(가족관계등록부상 또는 주민등록상에 기재된 배우자를 말합니다. 이하 '배우자'라 합니다)
3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이하고, 주민등록상 동거중인 동거 친족(민법 제777조)
4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이하는 별거중인 미혼자녀

② 위 제1항에서 피보험자 본인과 본인 이외의 피보험자의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

**제3조 (소송 등의 정의)**

① 이 특약에서 "소송"이라 함은 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심 및 항소심에 대한 상고심 각각(이하 "심급별"이라 합니다.)을 말하며, 이 계약에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

② 이 특약에서 '소송사건'이라 함은 대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호문자에 관한 예규에서 아래와 같이 분류되는 소송사건 중 제기된 소장에 의료과오와 관련된 소송에 한합니다.

| 심급 구분 | 민사사건 | 사건별 부호 |
|---|---|---|
| 1심 | 민사1심합의사건 | 가합 |
| | 민사1심단독사건 | 가단 |
| | 민사소액사건 | 가소 |
| 항소심 | 민사항소사건 | 나 |
| 상고심 | 민사상고사건 | 다 |

③ 이 특약에서 "의료과오"라 함은 의료인이 의료행위를 수행함에 있어서 당시의 의학지식 또는 의료기술의 원칙에 준하는 업무상 필요로 하는 주의의무를 게을리하여 환자에게 적절치 못한 결과를 초래한 것을 말합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**

① 소송은 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.

② 회사는 심급별로 다음 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험금으로 지급합니다.

1. '변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙'에 정한 변호사비용([별표72] '소송목적의 값에 따른 변호사비용' 참조)의 130% 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 피보험자의 변호사 보수액 중

자기부담금 10만원을 초과하는 금액
다만, '변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙'에서 정한 변호사비용이 변경되는 경우에는 변경된 법에 따릅니다.

【 예시안내 】

소송목적의 값이 5,000만원의 경우
[200만원 +(5000만원-2,000만원)x(8/100)] × 130% = 572만원(보상한도)

※ 소송목적의 값이 5,000만원인 경우

| |
|---|
| 2,000만원을 초과하여 5,000만원까지 부분<br>[200만원 + (소송목적의 값 - 2,000만원) x (8/100)] |

단, '변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙[별표](개정 2020.12.28.)' 이 개정되는 경우 개정된 규칙을 따르므로 상기 산출예시는 변경될 수 있습니다.

2. '변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙'에 정한 변호사비용([별표72] '소송목적의 값에 따른 변호사비용' 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 소송 상대방의 변호사 보수액 중 자기부담금(피보험자가 부담하는 소송 상대방 변호사 비용의 30%)을 초과하는 금액
다만, '변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙'에서 정한 변호사비용이 변경되는 경우에는 변경된 법에 따릅니다.

【 예시안내 】

소송목적의 값이 5,000만원의 경우
[200만원 +(5000만원-2,000만원)x(8/100)] = 440만원(보상한도)

※ 소송목적의 값이 5,000만원인 경우

| |
|---|
| 2,000만원을 초과하여 5,000만원까지 부분<br>[200만원 + (소송목적의 값 - 2,000만원) x (8/100)] |

단, '변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙[별표](개정 2020.12.28.)' 이 개정되는 경우 개정된 규칙을 따르므로 상기 산출예시는 변경될 수 있습니다.

3. '민사소송 등 인지법'에 정한 인지액([별표73] '민사소송 등 인지법에 정한 인지액' 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액
다만, '민사소송 등 인지법'에서 정한 인지액이 변경되는 경우에는 변경된 법에 따릅니다.
4. 대법원이 정한 송달료 규칙에 정한 송달료([별표75] '송달료 규칙에 정한 송달료(행정소송)' 참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료
다만, 대법원이 정한 '송달료 규칙'이 변경되는 경우에는 변경된 규칙을 따릅니다.

③ 회사는 제2항의 각 호에 대하여 종국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가 지급하거나 이미 지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

회사는 다음 각 호의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 계약자나 피보험자의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
2. 지진, 분화, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태에 기인한 손해

3. 핵연료 물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 인한 손해

【 용어해설 】

**< 핵연료물질 >**
사용된 연료를 포함합니다.
**< 핵연료물질에 의하여 오염된 물질 >**
원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

4. 제3호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
5. 민사소송법에 정한 청구의 포기(원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유 없음을 자인한 것을 말합니다), 인낙(피고가 원고의 소송상의 청구가 이유 있음을 인정한 것을 말합니다), 소의 취하, 소의 각하, 소장각하명령
6. 특허법에 정한 특허, 저작권법에 정한 저작권, 상표법에 정한 상표권, 실용신안법에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
7. 피보험자가 각종 단체(상법상 회사, 민법상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
8. 소비자기본법 제70조(단체소송의 대상 등)에 따라 제기된 소송
9. '자본시장과 금융투자업에 관한 법률'에 정한 금융투자상품에 관련된 소송
10. 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
11. '노동조합 및 노동관계조정법'에 관련된 쟁의행위, '집회 및 시위에 관한 법률'에 관련된 시위행위에 관련된 소송
12. '독점규제 및 공정거래에 관한 법률', '증권관련집단소송법'에 관련된 소송
13. 가입여부와 관계없이 자동차손해배상보장법, 산업재해보상보험법 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험(공제계약을 포함하며, 이하 '의무보험'이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생되는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 법률비용
14. 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손, 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 기인한 소송
15. 소송의 결과에 따라 피보험자가 민사소송 상대측에게 부담하여야 할 인지액 및 송달료
16. 석면(이를 구성물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약용구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송
17. 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송
18. 피보험자와 피보험자 가족 간의 민사소송 및 피보험자 사이의 민사소송
19. 소송의 결과로 피보험자에게 부과된 손해배상금, 벌금, 과태료, 연체이자 및 기타 이와 유사한 금액
20. 대한민국 외에서 제기된 또는 대한민국 이외의 법령에 의거한 소송

【 용어해설 】

**< 소송제기의 원인이 되는 사건 >**
사실관계를 객관적으로 입증할 수 있는 사건이 보험기간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 처음으로 국가 기관 및 행정청으로부터 받은 행정처분을 말합니다.

**< 하나의 소송 >**
대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호문자에 관한 예규에서 분류되는 소송사건 중 제4조(소송 등의 정의) 제2항에 해당하는 사건 분류 번호 상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(행정소송법에 정한 제3자에 의한 재심은 제외합니다)
다만, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생된 소송으로 인한 반소(민사소송법 제269조(반소)에 정한 것으로 피고가 원고의 소송에 대하여 제기하는 소송을 말합니다), 동법 제412조(반소의 제기)의 경우에는 이를 하나의 소송에 포함된 것으로 보며, 구분되는 사건 소송으로 간주하지 않습니다.

**< 소의 취하 >**

민사소송법 제266조(소의 취하), 동법 제425조(항소심절차의 준용)에 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다)에 대해 취하하는 것을 말합니다.

**< 소의 각하 >**

민사소송법 제254조(재판장등의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장등의 항소장 심사권), 동법 제402조(항소심재판장등의 항소장 심사권), 동법 제425조(항소심절차의 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

**< 소장각하명령 >**

행정소송법 및 민사소송법 제254조(재판장등의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장등의 항소장 심사권), 동법 제402조(항소심재판장등의 항소장 심사권), 동법 제425조(항소심절차의 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

**< 가족 >**

1. 피보험자의 부모와 양부모
2. 피보험자의 배우자의 부모 또는 양부모
3. 피보험자의 법률상의 배우자 또는 사실혼 관계에 있는 배우자
4. 피보험자의 법률상 혼인관계에서 출생한 자녀, 사실혼 관계에서 출생한 자녀, 양자 또는 양녀
5. 피보험자의 며느리
6. 피보험자의 사위

※ 위에 정한 가족은 피보험자에게 발생한 사건 당시의 피보험자와의 관계를 말합니다.

**제6조 (보험금의 분담)**

① 이 특약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제조합 등에서 공제부금을 받아 운영하는 '공제계약'을 포함합니다. 이하 동일합니다.)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 특약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 특약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

【 예시안내 】

**< 다른 계약이 체결되어 있는 경우 보험금의 분담 >**

피보험자의 **실제 손해액 80**, **계약1(현대해상) 보상책임 60**, **계약2 보상책임 40**인 경우에는 피보험자는 **계약1(현대해상)에서 48을 보상**받습니다. 나머지 손해액은 계약2에서 보상됩니다.

$$\text{•계약1= 48} = 80 \times \frac{\text{계약1(60)}}{\text{계약1(60)+계약2(40)}} \quad \text{•계약2= 32} = 80 \times \frac{\text{계약2(40)}}{\text{계약1(60)+계약2(40)}}$$

② 이 특약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제2항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

**제7조 (대위권)**

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하

여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다.
다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다.
다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

**제8조 (조사)**

① 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송 진행 사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 특약의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 특약의 중요사항과 관련된 범위 내에서 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 동의를 얻어 소송 관련서류를 열람할 수 있습니다.

④ 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 아니함에 따라 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제3항을 이행하지 않은 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 '(무)법률비용손해Ⅱ(갱신형)보장 특별약관 공통조항'을 따릅니다.

## 6-4. (무)법률비용손해Ⅱ(갱신형)보장 특별약관 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 비용손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

**제2조 (용어의 정의)**

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 다르게 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

| 용 어 | 정 의 |
|---|---|
| 계약자 | 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다. |
| 보험수익자 | 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다. |
| 보험증권 | 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다. |
| 진단계약 | 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다. |
| 피보험자 | 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다. |

2. 지급사유 관련 용어

| 용 어 | 정 의 |
|---|---|
| 상해 | 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 입은 상해를 말합니다.<br>다만, 신체는 신체보조장구(의수, 의족, 의안, 의치 등)를 제외하나, 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우(인공장기나 부분 의치 등)는 포함합니다. |
| 중요한 사항 | 계약전 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

| 용 어 | 정 의 |
|---|---|
| 연단위 복리 | 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.<br>예시) 1차년도 이자 : 10원(100원(원금)×10%(이율))<br>2차년도 이자 : 11원<br>(110원(원금+1차년도 이자)×10%(이율)) |
| 평균공시이율 | 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.<br>다만, 갱신형 계약의 경우 갱신일 현재의 이율을 말합니다.<br>· 연도별 평균공시이율 확인방법<br>: 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr) > 업무자료 > 보험 > 보험상품자료 |
| 보험계약 대출이율 | 보험계약대출에 적용되는 이율로써 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정됩니다. |
| 해약환급금 | 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다. |

4. 기간과 날짜 관련 용어

| 용 어 | 정 의 |
|---|---|
| 보험기간 | 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다. |
| 영업일 | 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일, 대체공휴일 및 근로자의 날을 제외합니다. |

**【 관련법규 】**

**※ 관공서의 공휴일에 관한 규정 제2조 및 제3조**

**제2조(공휴일)**

관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 삭제 <2005. 6. 30.>
6. 부처님오신날 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)

8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일 (기독탄신일)
10의2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

**제3조(대체공휴일)**
① 제2조제2호부터 제10호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제2조 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다.
1. 제2조제2호 또는 제7호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
2. 제2조제4호 또는 제9호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
3. 제2조제2호·제4호·제7호 또는 제9호의 공휴일이 토요일·일요일이 아닌 날에 같은 조 제2호부터 제10호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우
② 제1항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.
③ 제1항 및 제2항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.
※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

## 제2관 보험금의 지급

**제3조 (보험금의 지급사유)**
이 특별약관의 보험금의 지급사유는 6-1. (무)법률비용손해Ⅱ(민사소송)(갱신형)보장 특별약관, 6-2. (무)법률비용손해Ⅱ(행정소송)(갱신형)보장 특별약관 및 6-3. (무)가족법률비용손해Ⅱ(의료과오)(갱신형)보장 특별약관 조항에서 각각 정합니다.

**제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)**
이 특별약관의 보험금 지급에 관한 세부규정은 6-1. (무)법률비용손해Ⅱ(민사소송)(갱신형)보장 특별약관, 6-2. (무)법률비용손해Ⅱ(행정소송)(갱신형)보장 특별약관 및 6-3. (무)가족법률비용손해Ⅱ(의료과오)(갱신형)보장 특별약관 조항에서 각각 정합니다.

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**
이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 6-1. (무)법률비용손해Ⅱ(민사소송)(갱신형)보장 특별약관, 6-2. (무)법률비용손해Ⅱ(행정소송)(갱신형)보장 특별약관 및 6-3. (무)가족법률비용손해Ⅱ(의료과오)(갱신형)보장 특별약관 조항에서 각각 정합니다.

**제6조 (보험금 지급사유의 통지)**
① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.
1. 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 소송 내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)
2. 소송 판결 전 청구의 포기, 소의 취하, 소의 각하, 인낙, 소송의 변경, 소송상 화해, 소송상 조정 등이 발생한 경우
3. 소송에 따른 판결이 내려진 경우
4. 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우(회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다)

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 제1호의 통지를 게을리 하여 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리 한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

**제7조 (보험금의 청구)**
보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

3. 보험금지급을 위한 증명서(소장, 소송상 조정, 소송상 화해시 해당 조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

**제8조 (보험금의 지급절차)**

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 보내며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다.

다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 보험수익자와 회사가 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

**【 용어해설 】**

**< 가지급보험금 >**

보험금 지급이 늦어지는 경우 보험수익자 청구에 따라 확정된 보험금을 먼저 지급하는 제도

④ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 [부표3] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제17조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다.

다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

**제9조 (중도인출금)**

이 특약은 순수보장형 상품으로 계약자는 중도인출금을 신청할 수 없습니다.

**제10조 (만기환급금의 지급)**

이 특약은 순수보장형 상품으로 회사는 보험수익자에게 만기환급금을 지급하지 않습니다.

**제11조 (사망시 지급금)**

① 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 피보험자에 대한 이 특약의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항의 계약자적립액 및 미경과보험료는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 금액을 말합니다.

**【 용어해설 】**

**< 계약자적립액 및 미경과보험료>**

- **계약자적립액** : 장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.
- **미경과보험료** : 계약자가 납입한 보험료 중 차회 보험료 납입시기까지 남아있는 기간에 해당하는 보험료를 말합니다. 단, 일시납 또는 월납으로 보험료를 납입하는 경우는 미경과보험료를 적립하지 않습니다.
- 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [부표3] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.

③ '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 그밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**제12조 (보험금 받는 방법의 변경)**

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

**제13조 (주소변경통지)**

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에도 불구하고 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달한 것으로 봅니다.
다만, 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 사항에 한합니다.

**제14조 (보험수익자의 지정)**

보험수익자를 지정하지 않은 때의 보험수익자는 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인으로 하며, 이외의 보험금은 피보험자로 합니다.

**【 용어해설 】**

**< 법정상속인 >**

피상속인의 사망으로 인해 민법에서 정한 상속의 순위에 따라 상속인이 되는 자를 말합니다.

**제15조 (대표자의 지정)**

① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다.
이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위

는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 연대하여 그 책임을 집니다.

【 예시안내 】

**< 계약자가 2명 이상인 경우 >**
계약자가 2명 이상인 경우 계약전 알릴의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.
· 연대 : 2인 이상이 연대하여 책임을 지므로 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

## 제3관 계약자의 계약전 알릴 의무 등

### 제16조 (계약전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 '계약전 알릴 의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다) 합니다.
다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【 관련법규 】

**< 상법에 따른 "고지의무" >**
※ 상법 제651조(고지위반으로 인한 계약 해지)
보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니합니다.

※ 상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)
보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정합니다.

### 제17조 (알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 다음 각 호와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
1. 계약자 또는 피보험자가 제16조(계약전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우

② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 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. 계약체결일(갱신형 계약의 경우 최초 계약해당일을 말합니다)부터 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 발생하

였을 때.
다만, 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.

5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때.
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

**【 용어해설 】**

**< 해지 >**
현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제38조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 보험금 지급사유가 발생한 후에 제1항 제1호에 따른 계약의 해지가 이루어진 경우 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 '반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다' 라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.
회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑦ 제1항에 따라 보장을 제한하는 경우에는 계약자의 동의가 필요합니다.

**【 유의사항 】**

보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

### 제18조 (사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

## 제4관 계약의 성립과 유지

### 제19조 (계약의 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 거절하는 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율 + 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

**【 유의사항 】**

추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진 결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 해당 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑥ 제5항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

**【 용어해설 】**

**< 보험료 >**

보험료는 계약자가 계약에 의거하여 회사에게 지급하여야 하는 요금을 말하며, 보험료는 보험금 지급을 위한 순보험료, 회사의 사업경비를 위한 부가보험료 및 보험금 지급 조사를 위한 손해조사비로 구성됩니다.

· 보험료 = 순보험료 + 부가보험료 + 손해조사비

**제20조 (피보험자의 범위)**

이 계약에서 피보험자라 함은 보험증권에 기재된 피보험자 본인을 말합니다.

**제21조 (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.

**【 용어해설 】**

**< 전문금융소비자 >**

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

**< 일반금융소비자 >**

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약을 한 날부터 30일(다만, 만65세이상의 계약자가 전화를 통해 체결한 계약은 45일)을 초과한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【 관련법규 】

**※ 금융소비자보호에 관한 법률 제46조(청약의 철회)에서 정한 청약철회 가능 기간**

: 일반금융소비자가 상법 제640조에 따른 보험증권을 받은 날부터 15일과 청약을 한 날부터 30일 중 먼저 도래하는 기간

③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

⑤ 제1항의 보험증권을 받은 날에 대하여 다툼이 발생한 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

⑥ 회사는 청약의 철회에 따른 손해배상 또는 위약금 등 금전의 지급을 계약자에게 청구할 수 없습니다.

⑦ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

다만, 계약자가 보험금의 지급사유가 발생한 사실을 알면서 해당 계약의 청약을 철회한 경우에는 청약철회의 효력이 발생합니다.

### 제22조 (약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

1. 서면교부
2. 우편 또는 전자우편
3. 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료 납입, 보험기간, 계약전 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.

【 용어해설 】

**< 통신판매계약 >**

전화・우편・인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 계약자는 다음 각 호의 경우에 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

1. 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않은 경우
2. 계약자가 청약할 때 회사가 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우
3. 계약자가 계약을 체결할 때까지 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 경우

【 용어해설 】

**< 약관의 중요한 내용 >**

금융소비자 보호에 관한 법률 제19조(설명의무) 등에서 정한 다음의 내용을 말합니다.

- 보통약관 및 특약별로 보장하는 사망, 질병, 상해 등 주요 위험 및 보험금
- 위험보장사항 및 각각의 보험료 및 보험료 납입기간
- 청약의 철회에 관한 사항(기한·행사방법·효과 등)
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 고지의무 및 통지의무 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해약환급금에 관한 사항(납부한 보험료보다 적거나 없을 수 있다는 사실 포함)
- 민원처리 및 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 해약환급금이 지급되지 않는 해약환급금 미지급형 상품의 경우 해지시 해약환급금이 지급되지 않는다는 사실 및 동일한 보장내용으로 해약환급금을 지급하는 상품에 관한 사항
- 저축성보험 계약의 경우 납입보험료 중 사업비 등이 차감된 일부 금액만 특별계정에 투입되어 운용되거나 적용이율로 부리된다는 내용
- 연계·제휴서비스등의 내용 및 이행책임에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

**< 자필서명 >**

계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

※ 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명

: 다음 각 목의 사항을 나타내는데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
가. 서명자의 신원
나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 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 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

**제23조 (계약의 무효)**

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료)를 돌려 드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 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.

**【 용어해설 】**

**< 심신상실자 >**

심신상실자(心神喪失者)라 함은 의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다. 민법에서는 법원의 선고에 의해 금치산자가 되며, 금치산자의 법률행위는 취소할 수 있습니다.

**< 심신박약자 >**

심신박약자(心神薄弱者)라 함은 심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다. 민법에서는 법원의 선고에 의해 한정치산자가 됩니다. 이 경우 한정치산자의 법률행위에는 법정대리인의 동의가 필요하며, 동의를 얻지 않고 행한 법률 행위는 취소할 수 있습니다.

3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우.
   다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

**제24조 (계약내용의 변경 등)**

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다.
이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자
5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

② 계약자는 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다.
다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서 계약자는 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

**【 유의사항 】**

**< 계약자의 보험수익자 변경 통지 >**

계약자가 회사에 보험수익자가 변경되었음을 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제38조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

【 유의사항 】

**< 보험가입금액 등의 감액시 환급금 >**

보험가입금액, 보험료 등의 감액시 환급금이 없거나 최초가입시 안내한 만기(해약)환급금보다 적어질 수 있습니다.

**제25조 (보험나이 등)**

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제23조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다. 다만, 계약해당일이 없을 경우에는 해당월의 말일을 계약해당일로 합니다.

③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【 예시안내 】

**< 보험나이 계산 >**

생년월일 : 1994년 3월 3일, 현재(계약일) : 2023년 10월 13일
⇒ 2023년 10월 13일 - 1994년 3월 3일
= 29년 7개월 10일 = 30세

※ 피보험자의 주민등록상 생년월일 및 성별을 기준으로 합니다.

**< 계약해당일 >**

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다.
계약일: 2023년 10월 13일 ⇒ 계약해당일: 매년 10월 13일
단, 계약해당일 2월 29일이 없을 경우에는 2월 28일을 계약해당일로 합니다.

**< 나이 또는 성별의 정정 기준 >**

청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 따라 계약이 체결되었으나, 신분증에 기재된 사실내용과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정합니다.

**제26조 (계약의 소멸)**

피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

**제27조 (계약의 자동갱신)**

① 회사는 이 특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신 될 계약(이하 '갱신계약' 이라 합니다)의 보험료 및 특약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

② 제1항의 통지를 받은 날부터 이 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 이 특약을 자동으로 갱신하여 드립니다.

③ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출

에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.

④ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 특약의 보험기간으로 하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료나이(이하 '갱신종료나이'라 합니다)는 이 특약의 사업방법서에서 정하는 나이로 합니다.
다만, 갱신시점에서 갱신종료나이까지의 잔여보험기간이 갱신전 특약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 갱신계약 보험기간 중 잔여보험기간 이내의 최장보험기간으로 갱신합니다.

【 예시안내 】

**< 53세의 피보험자가 10년만기로 100세까지 갱신하는 경우 >**
갱신시점의 나이 : 63세, 73세 ~ 93세
⇒ 93세 갱신시점에서는 100세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 10년보다 짧아 7년만기로 갱신합니다.

⑤ 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다.
다만, 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

⑥ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.

⑦ 회사는 이 특약의 보험기간 종료일 시점에 유효한 보장에 한하여 자동갱신하여 드립니다.

## 제5관 보험료의 납입

### 제28조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.
또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다.

② 회사는 계약자가 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 합니다.
다만, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출 승인이 불가능한 경우에는 제1회 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

③ 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【 용어해설 】

**< 보장개시일 >**
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.
또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

④ 회사는 제3항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제16조(계약전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제17조(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.

### 제29조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 특약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하며 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특약을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고

(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

**제30조 (제2회 이후 보험료의 납입)**

① 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.

**【 용어해설 】**

**< 납입기일 >**
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

② 계약자는 보험료의 전부 또는 일부를 미리 낼 수 있으며, 3개월 이상의 보험료를 미리 낼 때에는 보장보험료에 한하여 평균공시이율로 할인하여 드립니다.

③ 제2항의 경우 계약이 보험기간 중에 소멸 또는 변경되거나 보험료 납입이 면제되었을 경우에 선납보험료가 있으면 선납보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율로 계산한 금액을 선납보험료에 더하여 계약자에게 돌려 드립니다.

**제31조 (보험료의 자동대출납입)**

① 계약자는 제32조(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 제39조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려 드립니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 다음 제1호의 금액이 제2호의 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
1. 제1항의 규정에 의한 대출금과 이자를 더한 금액
다만, 이자는 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 보험계약대출이율로 계산합니다.
2. 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액

③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제38조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 지급합니다.

⑤ 회사는 보험료의 자동대출납입 기간이 종료되거나 제2항에 따라 자동대출납입을 더 이상 할 수 없는 경우, 이를 최초 도래하는 납입일로부터 15일 이전까지 서면, 전화 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 알려 드립니다.

**제32조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)**

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자에게 다음 각 호의 내용을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.
1. 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
3. 계약자가 회사로부터 보험계약대출을 받은 경우 계약이 해지되는

즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용

② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

③ 보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자에게도 제1항에 따른 내용을 알려 드립니다.

④ 보험료 납입이 연체중이라도 계약의 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

⑤ 회사가 제1항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.
회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

⑥ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제38조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

**【 용어해설 】**

**< 납입최고(독촉) >**
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

### 제33조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

② 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보장보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제16조(계약전 알릴 의무), 제17조(알릴 의무 위반의 효과), 제18조(사기에 의한 계약), 제19조(계약의 성립) 및 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제16조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제17조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

### 제34조 (강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 제24조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 지정된 보험수익자에게 해지된 날부터 7일 이내에 통지합니다.

② 제1항에 의하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약하고자 하는 해지 당시의 보험수익자는 계약자의 동의를 얻고, 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하여야 합니다.

③ 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 이행할 수 있습니다.

⑤ 회사는 제1항 및 제2항에 의한 보험수익자의 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

【 용어해설 】

**< 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 가산금 징수, 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

### 제35조 (계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제38조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제23조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래에 한하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제38조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

### 제35조의2 (위법계약의 해지)

① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

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 제38조(해약환급금) 제5항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

【 용어해설 】

**<위법계약>**

금융상품판매업자등이 금융소비자보호에 관한 법률 제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

### 제36조 (중대사유로 인한 해지)

① 회사는 다음 각 호와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우

2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우.
다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

【 유의사항 】

**< 이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급 >**
계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 변조하여 보험금을 청구한 경우 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
다만, 이 경우에도 회사는 이미 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제38조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 지급합니다.

**제37조 (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 제38조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

**제38조 (해약환급금)**
① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산합니다.
② 제1항의 해약환급금은 보험료의 자동대출납입에 따라 납입된 보험료와 이자, 보험계약대출에 따른 보험계약대출원금과 이자가 있는 경우 이를 차감한 금액을 지급합니다.

【 유의사항 】

**< 해약환급금 계산에 관한 사항 >**
계약이 해지되기 전 지급된 중도인출금이 있는 경우에는 중도인출 시점부터 해지할 때까지 해당 금액을 공시이율로 적립하였을 금액을 차감하여 계산한 금액을 해약환급금으로 합니다.

③ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [부표3] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.
④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.
⑤ 제35조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

**제39조 (보험계약대출)**
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 보험계약대출을 받을 수 있습니다.
그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출원금과 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 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

**제40조 (배당금의 지급)**
회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

## 제7관 분쟁의 조정 등

**제41조 (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 포함합니다)을 요구할 수 있습니다.

② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

**제42조 (관할법원)**

이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다.

다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 다르게 정할 수 있습니다.

**제43조 (소멸시효)**

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금 청구권, 계약자적립액 및 미경과보험료 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

**【 유의사항 】**

**< 소멸시효의 완성 >**

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있을 때부터 시작됩니다.
보험금 지급사유가 2020년 1월 1일에 발생하였음에도 2023년 1월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

**제44조 (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.

**제45조 (설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)**

① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

**【 용어해설 】**

**< 보험안내자료 >**

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

**제46조 (회사의 손해배상책임)**

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게

손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【 용어해설 】

**< 현저하게 공정을 잃은 합의 >**

사회통념상 일반 보통인이라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

**제47조 (개인정보보호)**

① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여「개인정보 보호법」,「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이  수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다.

다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

**제48조 (준거법)**

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 「금융소비자보호에 관한 법률」, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

**제49조 (예금보험에 의한 지급보장)**

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【 용어해설 】

**< 예금자보호제도 >**

예금자보호제도란 예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당 금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 및 환급금을 각각 예금자 1인당 최고 5,000만원까지 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다.

[부표3]

## 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

| 구 분 | | 적립기간 | 적립이율 |
|---|---|---|---|
| 승낙거절로 제1회보험료 반환 | | 보험료를 받은 기간 | 평균공시이율 + 1% (단, 신용카드 매출은 이자 없음) |
| 청약 철회로 기납입보험료 반환 | | 반환기일주) 다음날부터 반환일까지의 기간 | 보험계약대출이율 (단, 신용카드 매출은 이자 없음) |
| 계약 무효로 기납입보험료 반환 | 회사의 고의/과실로 계약무효 또는 회사가 승낙 전에 무효를 알았으나 보험료를 반환하지 않은 경우 | 보험료 납입 다음날부터 반환일까지의 기간 | 보험계약대출이율 |
| 특별약관 보장 보험금 | 지급기일주) 이내에 보험금을 지급하지 않은 경우 | 지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간 | 보험계약대출이율 |
| | | 지급기일의 31일이 후부터 60일이내 기간 | 보험계약대출이율 + 가산이율주)(4.0%) |
| | | 지급기일의 61일이 후부터 90일이내 기간 | 보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%) |
| | | 지급기일의 91일이 후 기간 | 보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%) |

| 구 분 | 적립기간 | 적립이율 | |
|---|---|---|---|
| 해약환급금 | 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간 | 1년 이내 | 평균공시이율의 50% |
| | | 1년 초과 | 평균공시이율의 40% |
| | 환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급일까지의 기간 | 보험계약대출이율 | |

※ 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 금리연동형보험은 일자 계산합니다.

※ 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.

※ 보험금의 지연이자에 대해서는 기타소득세가 공제됩니다.

(주) 1. 반환기일 : 청약 철회 접수날부터 3영업일
2. 지급기일 : 보험금 청구서류 접수일부터 3영업일
3. 가산이율
- 6-3. (무)법률비용손해II(갱신형)보장 특별약관 공통조항 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

# 7. 기타 특별약관

## 7-1 사망보험금 선지급 제도 특별약관

**제1조 (적용대상)**

① 이 사망보험금 선지급 특별약관(이하 '특약'이라 합니다.)을 부가하는 보통약관은 계약자와 피보험자가 동일한 계약이어야 합니다.

② 이 특약의 보험기간은 기본계약의 보험기간이 끝나는 날의 12개월 이전까지로 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 보통약관이 자동갱신되는 경우에는 제2항에서 정한 '보험기간이 끝나는 날'을 '자동갱신기간이 끝나는 날'로 대체합니다.

④ 보통약관에 사망보험금을 지급하는 특별약관(이하 '사망보장특약'이라 합니다.)이 부가되어 있는 경우에도 이 특별약관을 적용합니다.

**제2조 (지급사유)**

① 회사는 특약의 보험기간 중 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 종합병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 전문의 자격을 가진 자가 실시한 진단결과 피보험자의 남은 생존기간(이하 '여명'이라 합니다.)이 6개월 이내라고 판단한 경우에 회사의 신청서에 정한 바에 따라 사망보험금의 50%를 선지급 사망보험금(이하 '보험금'이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 이 특약의 보험금을 지급하였을 때에는 지급한 보험금액에 해당하는 계약의 보험가입금액이 지급일에 감액된 것으로 봅니다.
다만, 그 감액부분에 해당하는 해약환급금이 있어도 이를 지급하지 않습니다. 이 경우 이 특약의 보험금 지급일 이후 사망보장특약에 정한 사망보험금의 청구를 받아도 이 특약에 의하여 지급된 보험금액에 해당하는 사망보험금은 지급하지 않습니다.

③ 이 특약의 보험금이 지급되기 전에 사망보험금의 청구를 받았을 경우 이 특약의 보험금 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보아 이 특약의 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 사망보험금이 지급된 때에는 그 이후 이 특약의 보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 이 특약의 보험금 지급에 있어서는 회사가 정하는 바에 따라 여명기간 상당분의 이자 및 보험료를, 또한 보통약관에 따라 보험계약대출금이 있는 경우에는 그 원리금 합계를 뺀 금액을 지급합니다.

⑥ 이 특약의 보험금을 지급할 때 보험금액의 계산은 보험금을 지급하는 날의 사망보험금액을 기준으로 합니다.

**제3조 (보험금의 지정대리 청구인)**

① 계약자가 이 특약의 보험금을 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 때에는 계약자가 미리 지정하거나 또는 제4조(지정대리청구인의 변경지정)의 규정에 따라 변경 지정한 다음의 자(이하 '지정대리청구인'이라 합니다.)가 제7조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특약의 보험금수익자의 대리인으로서 이 특약의 보험금을 청구할 수 있습니다.

1. 보험금 청구시 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 보험금 청구시 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항의 규정에 의하여 회사가 이 특약의 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 이 특약의 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

**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 아니면 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

**제5조 (보험금을 지급하지 않는 보험사고)**

계약자 또는 지정대리청구인의 고의에 의하여 피보험자가 제2조(지급사유) 제1항에 해당된 경우에는 이 특약의 보험금을 지급하지 않습니다.

**제6조 (특약의 보험료)**

이 특약의 보험료는 없습니다.

**제7조 (보험금의 청구)**

① 피보험자 또는 지정대리청구인은 제1조(적용대상)에 정한 특약의 보험기간 중에 회사가 정하는 바에 따라 다음의 서류를 제출하고 이 특약의 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증 이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)
4. 피보험자의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서(지정대리청구인이 청구할 경우)
5. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계증명서 및 주민등록등본(지정대리청구인이 청구할 경우)
6. 기타 피보험자 또는 지정대리청구인이 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 이 특약의 보험금을 지급합니다.

② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다.

다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 피보험자 또는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

④ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보통약관 [부표 1] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산' 에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대하여 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다.

다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때

까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

**제9조 (준용규정)**

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 사망보장 특별약관을 따릅니다.

## 7-2 지정대리 청구서비스 제도 특별약관

**제1조 (적용대상)**

이 특별약관(이하 '특약' 이라 합니다)은 계약자, 피보험자 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

**제2조 (특약의 체결 및 소멸)**

① 이 특약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 부가되어집니다.

② 제1조(적용대상)의 계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

**제3조 (지정대리청구인의 지정)**

① 계약자는 보통약관 또는 보장 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 1에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, '지정대리청구인' 이라 합니다)으로 지정(제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각 호의 1에 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 변경 지정)**

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다.

이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

**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.

② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

**제6조 (보험금의 청구)**

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

**제7조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 보장 특약의 규정을 따릅니다.

## 7-3 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 제도 특별약관

**제1조 (특별약관의 체결 및 효력)**

① 이 특별약관은 계약(기본계약을 말하며, 선택계약이 부가된 경우에는 선택계약을 포함합니다. 이하 같습니다.)을 체결할 때 또는 보험기간 중에 피보험자의 건강상태가 우리회사가 정한 기준에 적합하지 않거나 해당계약을 체결한 후 계약전 알릴의무 위반의 효과 등으로 보장이 제한될 경우에 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 특별약관은 '특약'이라 합니다.)

② 제1항에 따라 이 특별약관을 부가할 때 회사의 계약인수지침 기준에 따라 피보험자의 과거 병력과 직접 관련이 있는 신체부위 또는 질병 등으로 제한하며, 보장제한 설명 범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.

③ 이 특약의 효력발생일은 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

④ 계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력이 없어진 경우에는 이 특약도 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 계약에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 보험계약을 무효로 하지 않습니다.

1. 이 특약 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우
2. 이 특약 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

**제2조 (특별면책조건의 내용)**

① 이 특약에서 정한 면책기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 계약에 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다.

다만, 질병으로 인한 사망으로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그러하지 않습니다.

1. [별표66] '특정부위 분류표' 중에서 회사가 지정한 부위(이하 '특정부위'라 합니다.)에 발생한 질병 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다.)
2. [별표67] '특정질병 분류표' 중에서 회사가 지정한 질병(이하 '특정질병'이라 합니다.)

② 제1항의 면책기간은 특정부위 또는 특정질병의 상태에 따라 '1년부터 5년' 또는 '계약의 보험기간'으로 하며 그 판단기준은 회사에서 정한 계약인수지침을 따릅니다.

다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.

③ 제1항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하며, 보장보험료의 납입을 면제합니다.

1. 제1항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인하여 발생한 특정질병 이외의 질병으로 계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
3. 제1항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병 또는 제1항 제2호에서 지정한 특정질병에 대해서 계약 청약일 이후 5년이 경과하는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없이 계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에 계

약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우

④ 피보험자가 회사에서 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

⑤ 피보험자에게 보험사고 또는 보험료 납입면제 사유가 발생했을 경우, 그 사고 또는 보험료 납입면제 사유가 특정질병 또는 특정부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고 또는 보험료 납입면제 사유인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

⑥ 회사는 제1항의 특정부위 또는 특정질병을 모두 더하여 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

⑦ 보통약관 제25조(알릴 의무 위반의 효과)에 따라 보장이 제한되는 경우에는 계약자의 동의가 필요합니다.

**【 유의사항 】**

**< 보장보험료 납입의 면제 >**

회사는 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에도 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

**제3조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))**

회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제39조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

**제4조 (준용규정)**

이 특약에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 보통약관에 부가된 특약의 규정을 따릅니다.

## 7-4 이륜자동차 운전중 상해 부담보 제도 특별약관

**제1조 (특별약관의 적용)**

① 이 특별약관은 계약(기본계약을 말하며, 선택계약이 부가된 경우에는 그 선택계약을 포함합니다. 이하 같습니다.)을 체결할 때 또는 보험기간 중에 피보험자가 이륜자동차의 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리로 인하여, 이륜자동차 운전으로 인한 위험도가 우리회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 계약자의 청약과 우리회사의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 '특별약관'은 '특약', '우리회사'는 '회사'라 합니다.)

② 이 특약의 효력발생일은 보통약관 제35조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

③ 계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력이 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력이 없습니다.

**제2조 (이륜자동차의 정의)**

① 이 특약에서 '이륜자동차'라 함은 자동차관리법(하위법령, 규칙 포함)에 정한 이륜자동차로 총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차를 말하며, 도로교통법(하위법령, 규칙 포함)에 정한 '원동기장치자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)'를 포함합니다.(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)

② 제1항에서 '그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차'는 다음 각 호에 해당하는 자동차를 포함합니다.

1. 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
2. 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차
3. 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동

차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차

③ 제1항 및 제2항의 경우 자동차관리법(하위 법령, 규칙 포함) 및 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함) 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

【 유의사항 】

※ 퍼스널모빌리티(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등)는 자동차관리법에 정한 '이륜자동차', 도로교통법에 정한 '원동기장치자전거'에 포함됩니다.

**제3조 (보험금을 지급하지 않는 사유)**

① 회사는 계약의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다.)하는 중에 피보험자에게 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하지 않으며, 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다.

다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 활동과 출퇴근 용도 등 주기적으로 운전하는 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급하며, 보장보험료 납입을 면제합니다.

② 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

**제4조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))**

회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제39조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

**제5조 (준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

## 7-5 보험료 자동납입 제도 특별약관

**제1조 (보험료 납입)**

① 계약자는 이 특별약관(이하 '특약'이라 합니다)에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정 계좌를 이용하여 보험료를 자동납입 합니다.

② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관의 제27조(계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

**제2조 (보험료의 영수)**

자동납입일자는 이 보험계약청약서에 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 특약에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특약을 따릅니다.

## 7-6 전자서명 제도 특별약관

**제1조 (적용범위)**

이 특별약관은 전자서명을 포함한 전자문서 작성 및 제공에 대한 사전동

의(사전동의서를 통한 동의)를 받은 계약에 적용됩니다.(이하 '특별약관' 은 '특약' 이라 합니다.)

**제2조 (특약의 체결 및 효력)**

① 이 특약은 계약(보통약관을 말하며, 다른 특약이 부가된 경우에는 그 특약도 포함합니다. 이하 '보통약관' 이라 합니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특약을 통하여 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 계약을 청약할 수 있으며, 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

**제3조 (약관교부의 특례)**

① 계약자가 동의하는 경우 보험증권, 상품설명서, 약관 및 계약자 보관용 청약서 등(이하 '보험계약 안내자료' 라 합니다)을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 보험계약 안내자료를 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

② 계약자가 보험계약 안내자료에 대하여 전자적 방법의 수신을 원하지 않는 경우에는 청약한 날로부터 5영업일 이내에 보험계약 안내자료를 우편 등의 방법으로 계약자에게 드립니다.

**제4조 (계약자의 알릴 의무)**

① 계약자가 제3조(약관교부의 특례) 제1항에 정한 방법으로 보험계약 안내자료를 수신하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 보험계약 안내자료를 수신할 전자우편(이메일) 주소를 지정하여 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소가 변경되거나 사용 정지된 경우에는 그 사실을 지체없이 회사에 알려야 합니다.

③ 제1항 또는 제2항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않은 경우에는 회사가 알고 있는 최근의 전자우편(이메일) 주소로 보험계약 안내자료를 송부함으로써 회사의 보험계약 안내자료 제공의무를 다한 것으로 보며, 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않아 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

**제5조 (준용규칙)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

## 7-7 장애인전용보험전환제도 특별약관

**제1조 (특별약관의 적용범위)**

① 이 특별약관(이하 '특약' 이라 합니다)은 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 제 59조의 4 (특별세액공제) 제1항 제2호」에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

**【 관련법규 】**

**<소득세법 제 59조의 4 (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 100 분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연100 만원을 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 제외한

다)

**<소득세법 시행령 제 118조의 4 (보험료의 세액공제)>**

① 소득세법 제59조의 4 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 소득세법 제59조의 4 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 제 61조의 3 (공제대상보험료의 범위)>**

영 제118조의 4 제2항 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

2 . 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 「소득세법 시행령 제107조 (장애인의 범위) 제1항」에서 규정한 장애인인 보험

**【 관련법규 】**

**<「소득세법 시행령 제 107조 (장애인의 범위)」에서 규정한 장애인>**

① 소득세법 제51조 제1항 제2호에 따른 장애인은 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다.

1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
3. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

**<소득세법 시행규칙 제 54조 (장애아동의 범위) >**

영 제107조 제1항 제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동 복지지원법」 제21조 제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

【 예시안내 】

<이특약을 적용할 수 없는 사례 예시>

1. 전환대상계약의 피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우

⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.

2. 전환대상계약의 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우

⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.

3. 전환대상계약의 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우

⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특약을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.

② 전환대상계약이 해지(解止) 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조(장애인전용보험으로의 전환) 제1항에도 불구하고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

④ 이 특약의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

**제2조 (제출서류)**

① 이 특약에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 「소득세법 시행규칙 별지 제38호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본」(이하, "장애인증명서"라 합니다)을 제출하여 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에도 불구하고 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 「장애인복지법」에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제 1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.

③ 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1항에 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 특약이 부가된 전환대상계약을 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호」에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.

② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시됩니다.

【 예시안내 】

2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특약을 청약하기 전(2019년 1월 15일~ 2019년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않고 특별세액공제 대상에 포함되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2019년6월1일~2019년12월31일) 납입된 보험료만 2019년 특별세액공제 대상이 됩니다.

③ 제2항에도 불구하고, 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제2조(제출서류)제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에

따라 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

**【 예시안내 】**

2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2019년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.

④ 전환대상계약에 이 특약이 부가된 이후 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특약의 효력이 없어진 경우 해당 전환대상계약에는 이 특약을 다시 부가할 수 없습니다.
다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

**제4조 (전환 취소)**

계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 취소할 수 있으며, 이 경우 전환취소 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

**제5조 (준용규정)**

① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약 약관, 소득세법 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.
② 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

무배당

현대해상간편한3.10.10건강보험

(세만기형)

(Hi2406)

1종(표준형(간편건강고지))

2종(해약환급금 미지급형(간편건강고지))

현대해상

# 별 표

[별표1]

# 장해분류표

## 제1장 총칙

1. 장해의 정의

1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

2. 신체부위

'신체부위'라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
5) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 간병(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것)여부 ② 객관적 이유 및 간병의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

## 제2장 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

| 장해의 분류 | 지급률(%) |
|---|---|
| 1) 두 눈이 멀었을 때 | 100 |
| 2) 한 눈이 멀었을 때 | 50 |
| 3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때 | 35 |
| 4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때 | 25 |
| 5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때 | 15 |
| 6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때 | 5 |
| 7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때 | 10 |
| 8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때 | 5 |
| 9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때 | 10 |
| 10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때 | 5 |

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
2) '교정시력' 이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
3) '한 눈이 멀었을 때' 라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나( '광각무' ) 겨우 가릴 수 있는 경우( '광각유' )를 말한다.
4) '한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때' 라 함은 안전수동(Hand Movement)[주1], 안전수지(Finger Counting)[주2] 상태를 포함한다.
   주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
   주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
5) 안구(눈동자) 운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가한다.
6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장해' 라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
   나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장해 '라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
8) '뚜렷한 시야 장해' 라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때' 라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
10) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때 '라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)' 으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)' 으로 지급률을 가산한다.
12) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때' 에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

| 장해의 분류 | 지급률(%) |
|---|---|
| 1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때 | 80 |
| 2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때 | 45 |
| 3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때 | 25 |
| 4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때 | 15 |
| 5) 한 귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때 | 5 |
| 6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때 | 10 |
| 7) 평형기능에 장해를 남긴 때 | 10 |

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가하여야 한다.
2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
3) '심한 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) '약간의 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사' 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) '귓바퀴의 대부분이 결손된 때'라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말한다.
2) 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로만 평가한다.

라. 평형기능의 장해

1) '평형기능에 장해를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장해 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

| 항 목 | 내 용 | 점수 |
|---|---|---|
| 검사 소견 | 1) 양측 전정기능 소실 | 14 |
| | 2) 양측 전정기능 감소 | 10 |
| | 3) 일측 전정기능 소실 | 4 |
| 치료 병력 | 1) 장기 통원치료(1년간 12회이상) | 6 |
| | 2) 장기 통원치료(1년간 6회이상) | 4 |
| | 3) 단기 통원치료(6개월간 6회이상) | 2 |
| | 4) 단기 통원치료(6개월간 6회미만) | 0 |
| 기능 장해 소견 | 1) 두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우 | 20 |
| | 2) 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우 | 12 |
| | 3) 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우 | 8 |

2) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)
나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

| 장해의 분류 | 지급률(%) |
|---|---|
| 1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때 | 15 |
| 2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때 | 5 |

나. 장해판정기준

1) '코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때' 라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
2) '코의 후각기능을 완전히 잃었을 때' 라 함은 후각신경의 손상으로 인하여 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

| 장해의 분류 | 지급률(%) |
|---|---|
| 1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때 | 100 |
| 2) 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때 | 80 |
| 3) 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때 | 60 |
| 4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때 | 40 |
| 5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때 | 20 |
| 6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때 | 10 |
| 7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때 | 5 |
| 8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때 | 20 |
| 9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때 | 10 |
| 10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때 | 5 |

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) '씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때' 라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
   나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1㎝이하로 제한되는 경우

다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5㎝이상인 경우
라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태

4) '씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때 '라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2㎝이하로 제한되는 경우
다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1㎝이상인 경우
라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태

5) 개구장해는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.

6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.

7) '말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우

8) '말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우

9) '말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우

10) 말하는 기능의 장해는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.

11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장해 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.

12) '치아의 결손' 이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.

13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.

14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.

15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.

16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

| 장해의 분류 | 지급률(%) |
|---|---|
| 1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때 | 15 |
| 2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때 | 5 |

나. 장해판정기준

1) '외모' 란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) '추상(추한 모습)장해' 라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
3) '추상(추한 모습)을 남긴 때' 라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.
4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5㎜ 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.
5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)
1) 얼굴
가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
나) 길이 10㎝ 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
다) 지름 5㎝ 이상의 조직함몰
라) 코의 1/2 이상 결손
2) 머리
가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)
1) 얼굴
가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
나) 길이 5㎝ 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
다) 지름 2㎝ 이상의 조직함몰
라) 코의 1/4 이상 결손
2) 머리
가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기
'손바닥 크기' 라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

| 장해의 분류 | 지급률(%) |
|---|---|
| 1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때 | 40 |
| 2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때 | 30 |
| 3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때 | 10 |
| 4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때 | 50 |
| 5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때 | 30 |
| 6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때 | 15 |
| 7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해 | 20 |
| 8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해 | 15 |
| 9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해 | 10 |

나. 장해판정기준
1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.

2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통을 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
   가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
   나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
   다) 척추(등뼈)의 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장해는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 경과한 후에 평가한다.
5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다
6) 심한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
   나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
   나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
   다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단 사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
   라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
8) 약간의 운동장해
   머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
   나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
   나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때

12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해' 란 추간판탈출증으로 인하여 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해' 란 추간판탈출증으로 인하여 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해' 란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

| 장해의 분류 | 지급률(%) |
|---|---|
| 1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때 | 15 |
| 2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때 | 10 |

나. 장해판정기준

1) '체간골' 이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.

2) '골반뼈의 뚜렷한 기형' 이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

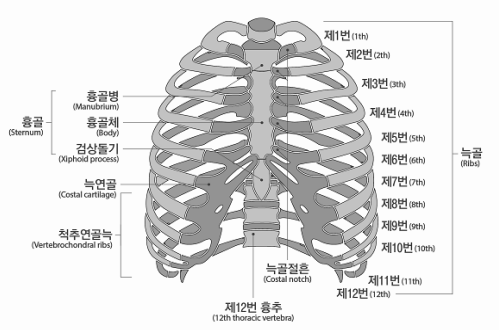
가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5㎝이상 분리된 부정유합 상태

나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사를 통해 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우

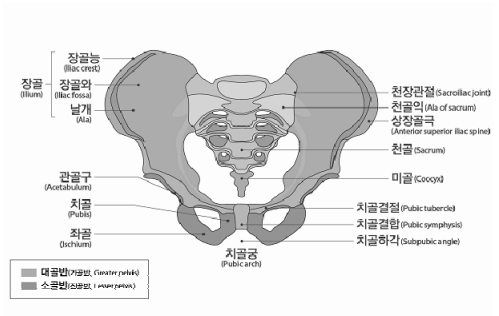
다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

3) '빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때' 라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.




< 가슴뼈 >




< 골반뼈 >

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

| 장해의 분류 | 지급률(%) |
|---|---|
| 1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때 | 100 |
| 2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때 | 60 |
| 3) 한 팔의 3대관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때 | 30 |
| 4) 한 팔의 3대관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때 | 20 |
| 5) 한 팔의 3대관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때 | 10 |
| 6) 한 팔의 3대관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때 | 5 |
| 7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때 | 20 |
| 8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때 | 10 |
| 9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때 | 5 |

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 아니한다.
3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절(완관절)로부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등

으로 평가한다.

가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.

7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 완전 강직(관절굳음)

나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우

8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우

나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우

9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우

10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우

11) '가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

12) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 요골과 척골중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

13) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.

2) 1상지(팔과 손가락)의 장해 지급률은 원칙적으로 각각 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

| 장해의 분류 | 지급률 (%) |
|---|---|
| 1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때 | 100 |
| 2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때 | 60 |
| 3) 한 다리의 3대관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때 | 30 |
| 4) 한 다리의 3대관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때 | 20 |
| 5) 한 다리의 3대관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때 | 10 |
| 6) 한 다리의 3대관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때 | 5 |
| 7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때 | 20 |
| 8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때 | 10 |
| 9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때 | 5 |
| 10) 한 다리가 5㎝ 이상 짧아지거나 길어진 때 | 30 |
| 11) 한 다리가 3㎝ 이상 짧아지거나 길어진 때 | 15 |
| 12) 한 다리가 1㎝ 이상 짧아지거나 길어진 때 | 5 |

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 아니한다.
3) '다리' 라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
4) '다리의 3대 관절' 이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때' 라 함은 발목관절(족관절)로부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)' 인 경우
8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)' 인 경우
9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우

10) ‘관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
   나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
12) ‘가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때’라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
   ※주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 ‘불유합’ 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
13) ‘가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때’라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
14) ‘뼈에 기형을 남긴 때’라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.
2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

## 10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

| 장해의 분류 | 지급률(%) |
|---|---|
| 1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때 | 55 |
| 2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때 | 15 |
| 3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다) | 10 |
| 4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때 | 30 |
| 5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때 | 10 |
| 6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(손가락 하나마다) | 5 |

나. 장해판정기준

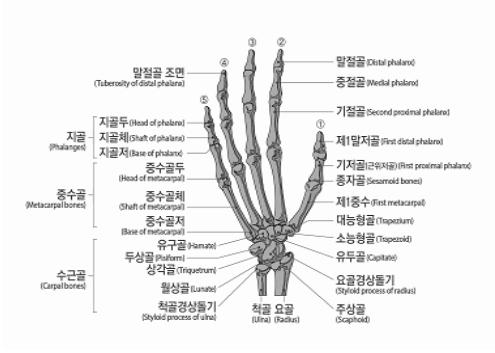
1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 아니한다.
3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
5) ‘손가락을 잃었을 때’라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.

6) ‘손가락뼈 일부를 잃었을 때’ 라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

7) ‘손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때’ 라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.

8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 더한다.

9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



< 손가락 >

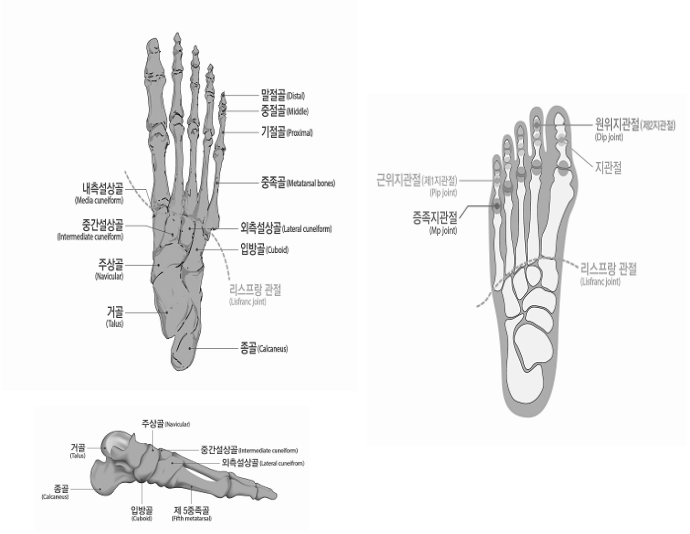
11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

| 장해의 분류 | 지급률(%) |
|---|---|
| 1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때 | 40 |
| 2) 한 발의 5개발가락을 모두 잃었을 때 | 30 |
| 3) 한 발의 첫째발가락을 잃었을 때 | 10 |
| 4) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다) | 5 |
| 5) 한 발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때 | 20 |
| 6) 한 발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때 | 8 |
| 7) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(발가락 하나마다) | 3 |

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 아니한다.
3) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)(제1지관절 포함)부터 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
6) '발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 더한다.
8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.




< 발가락 >

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

| 장해의 분류 | 지급률(%) |
|---|---|
| 1) 심장 기능을 잃었을 때 | 100 |
| 2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때 | 75 |
| 3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때 | 50 |
| 4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때 | 30 |
| 5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때 | 15 |

나. 장해의 판정기준

1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
   다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
   라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
4) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
   나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
   다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
   라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
   마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
   바) 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
   나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
   다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
6) 흉복부, 비뇨생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않는다.
7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장해항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해 지급률을 준용한다.
8) 상기 장해항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

| 장해의 분류 | 지급률(%) |
|---|---|
| 1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때 | 10~100 |
| 2) 정신행동에 극심한 장해를 남긴때 | 100 |
| 3) 정신행동에 심한 장해를 남긴 때 | 75 |
| 4) 정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때 | 50 |
| 5) 정신행동에 약간의 장해를 남긴 때 | 25 |
| 6) 정신행동에 경미한 장해를 남긴 때 | 10 |
| 7) 극심한 치매 : CDR척도 5점 | 100 |
| 8) 심한치매 : CDR척도 4점 | 80 |
| 9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점 | 60 |
| 10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점 | 40 |
| 11) 심한 간질발작이 남았을 때 | 70 |
| 12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때 | 40 |
| 13) 약간의 간질발작이 남았을 때 | 10 |

나. 장해판정기준

1) 신경계

가) '신경계에 장해를 남긴 때'라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 '[붙임] 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

나) 위 가)의 경우 '[붙임] 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

다) 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 12개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

가) 정신행동장해는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 경과한 후에 판정할 수 있다.

나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.

다) '정신행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

라) '정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'[주] 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

※ 주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉮ 적절한 음식섭취, ㉯ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉰ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉱ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉲ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉳ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

바) '정신행동에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1

년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

사) '정신행동에 경미한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어져야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

가) '치매'라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.

나) 치매의 장해평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어져야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

다) 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사 결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

가) '뇌전증(간질)'이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

나) 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

다) '심한 간질 발작'이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

라) '뚜렷한 간질 발작'이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

마) '약간의 간질 발작'이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

바) '중증발작'이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

사) '경증발작'이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

[붙 임]

## 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

| 유 형 | 제한정도 | 지급률 |
|---|---|---|
| 이동동작 | 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 | 40% |
| | 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태 | 30% |
| | 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 | 20% |
| | 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태 | 10% |

| 유 형 | 제한정도 | 지급률 |
|---|---|---|
| 음식물 섭취 | 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 | 20% |
| | 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태 | 15% |
| | 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 | 10% |
| | 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태 | 5% |

| 유형 | 제한정도 | 지급률 |
|---|---|---|
| 배변 배뇨 | 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태 | 20% |
| | 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨,배변 상태 | 15% |
| | 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 | 10% |
| | 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때 | 5% |

| 유형 | 제한정도 | 지급률 |
|---|---|---|
| 목욕 | 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태 | 10% |
| | 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태 | 5% |
| | 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태 | 3% |
| 옷입고 벗기 | 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 | 10% |
| | 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 | 5% |
| | 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태 | 3% |

[별표2]

## 골절 분류표

① 약관에서 규정하는 '골절'로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 상병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 두개골 및 안면골의 골절 | S02 |
| 2. 머리의 으깸손상 | S07 |
| 3. 머리의 상세불명 손상 | S09.9 |
| 4. 목의 골절 | S12 |
| 5. 늑골(갈비뼈), 흉골 및 흉추의 골절 | S22 |
| 6. 요추 및 골반의 골절 | S32 |
| 7. 어깨 및 위팔의 골절 | S42 |
| 8. 아래팔의 골절 | S52 |
| 9. 손목 및 손부위의 골절 | S62 |
| 10. 대퇴골의 골절 | S72 |
| 11. 발목을 포함한 아래다리의 골절 | S82 |
| 12. 발목을 제외한 발의 골절 | S92 |
| 13. 여러 신체부위를 침범한 골절 | T02 |
| 14. 척추의 상세불명 부위의 골절 | T08 |
| 15. 팔의 상세불명 부위의 골절 | T10 |
| 16. 다리의 상세불명 부위의 골절 | T12 |
| 17. 상세불명의 신체부위의 골절 | T14.2 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

[별표3]

## 5대골절 분류표

① 약관에서 규정하는 '5대골절'로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 상병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 머리의 으깸손상 | S07 |
| 2. 목의 골절 | S12 |
| 3. 흉추의 골절 및 흉추의 다발골절 | S22.0 ~ S22.1 |
| 4. 요추 및 골반의 골절 | S32 |
| 5. 대퇴골의 골절 | S72 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

[별표4]

## 화상 분류표

① 약관에서 규정하는 '화상'로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 상병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 머리 및 목의 화상 및 부식 | T20 |
| 2. 몸통의 화상 및 부식 | T21 |
| 3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식 | T22 |
| 4. 손목 및 손의 화상 및 부식 | T23 |
| 5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식 | T24 |
| 6. 발목 및 발의 화상 및 부식 | T25 |
| 7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식 | T26 |
| 8. 기도의 화상 및 부식 | T27 |
| 9. 기타 내부기관의 화상 및 부식 | T28 |
| 10. 여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식 | T29 |
| 11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식 | T30 |
| 12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상 | T31 |
| 13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식 | T32 |
| 14. 방사선과 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애 | L59 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

**[별표5]**

## 특정외상성뇌출혈 분류표

① 약관에서 규정하는 '특정외상성뇌출혈'으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 상병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 경막외출혈 | S06.4 |
| 2. 외상성 경막하출혈 | S06.5 |
| 3. 외상성 거미막하출혈 | S06.6 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

[별표6]

## 특정외상성뇌손상 분류표

① 약관에서 규정하는 '특정외상성뇌손상'으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 상병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 미만성 뇌손상 | S06.2 |
| 2. 초점성 뇌손상 | S06.3 |
| 3. 경막외출혈 | S06.4 |
| 4. 외상성 경막하출혈 | S06.5 |
| 5. 외상성 거미막하출혈 | S06.6 |
| 6. 지속적 혼수를 동반한 두개내손상 | S06.7 |
| 7. 기타 두개내손상 | S06.8 |
| 8. 상세불명의 두개내손상 | S06.9 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

[별표7]

## 특정외상성장기손상 분류표

① 약관에서 규정하는 '특정외상성장기손상'으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 상병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 심장의 손상 | S26 |
| 2. 기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 손상 | S27 |
| 3. 복강내기관의 손상 | S36 |
| 4. 비뇨 및 골반 기관의 손상 | S37 |
| 5. 골반기관을 동반한 복강내기관의 손상 | S39.6 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

[별표8]

## 의료기관의 시설규격

다음의 시설규격은 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)에서 정하는 별표4에 따르며, 법령의 변경으로 변경 또는 추가되는 사항이 있는 경우에는 그 사항도 포함하는 것으로 합니다.

1. 입원실
   가. 입원실은 3층 이상 또는 「건축법」 제2조제1항제5호에 따른 지하층에는 설치할 수 없다. 다만, 「건축법 시행령」 제56조에 따른 내화구조(耐火構造)인 경우에는 3층 이상에 설치할 수 있다.
   나. 입원실의 면적(벽·기둥 및 화장실의 면적을 제외한다)은 환자 1명을 수용하는 곳인 경우에는 10제곱미터 이상이어야 하고(면적의 측정 방법은 「건축법 시행령」 제119조의 산정 방법에 따른다. 이하 같다) 환자 2명 이상을 수용하는 곳인 경우에는 환자 1명에 대하여 6.3제곱미터 이상으로 하여야 한다.
   다. 삭제 <2017. 2. 3.>
   라. 입원실에 설치하는 병상 수는 최대 4병상(요양병원의 경우에는 6병상)으로 한다. 이 경우 각 병상 간 이격거리는 최소 1.5미터 이상으로 한다.
   마. 입원실에는 손씻기 시설 및 환기시설을 설치하여야 한다.
   바. 병상이 300개 이상인 종합병원에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 전실(前室) 및 음압시설(陰壓施設: 방 안의 기압을 낮춰 내부 공기가 방 밖으로 나가지 못하게 만드는 설비) 등을 갖춘 1인 병실(이하 "음압격리병실"이라 한다)을 1개 이상 설치하되, 300병상을 기준으로 100병상 초과할 때 마다 1개의 음압격리병실을 추가로 설치하여야 한다. 다만, 제2호카목에 따라 중환자실에 음압격리병실을 설치한 경우에는 입원실에 설치한 것으로 본다.
   사. 병상이 300개 이상인 요양병원에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 화장실 및 세면시설을 갖춘 격리병실을 1개 이상 설치하여야 한다.
   아. 산모가 있는 입원실에는 입원 중인 산모가 신생아에게 모유를 먹일 수 있도록 산모와 신생아가 함께 있을 수 있는 시설을 설치하도록 노력하여야 한다.
   자. 감염병환자등의 입원실은 다른 사람이나 외부에 대하여 감염예방을 위한 차단 등 필요한 조치를 하여야 한다.
2. 중환자실
   가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
   나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
   다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
   라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
   마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
   바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
   사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
   아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2

명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

[별표9]

## 특정시술치료(급여) 대상 수가코드

① 약관에서 규정하는 '특정시술치료(급여)'라 함은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제 2021-167호 2021.7.1. 시행)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

| 구분 | 대상이 되는 의료행위 | 수가코드 |
|---|---|---|
| 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농) | 요추천자[뇌척수압측정포함] | C8000 |
| | 경막하천자 | C8005 |
| | 후두하대조천자,경지주막하천자 | C8010 |
| | 관절천자[간단한검사또는관절액이동술포함][편측] | C8020 |
| | 골수천자 | C8031 |
| | 흉막천자 | C8040 |
| | 복수천자,복막천자 | C8050 |
| | 심낭천자 | C8060 |
| | 뇌실천자 | C8070 |
| | 상악동천자[간단한액검사포함][편측] | C8080 |
| | 고실천자[편측] | C8090 |
| | 고실천자[편측]-내시경하에서 실시한 경우 | C8091 |
| | 더글라스와천자[간단한액검사포함] | C8100 |
| | 방광천자 | C8120 |
| | 음낭수종천자 | C8130 |
| | 기타부위천자[림프절,피부 등] | C8140 |
| | 골수천자생검[편측] | C8520 |
| | 개봉선원치료-기타방법[복막천자,흉강천자,관절천자등] | HD073 |
| | 부정맥의 냉각절제술-심방세동-냉각풍선절제술-중격천자 | M0652 |
| | 부정맥의 냉각절제술-상심실성 부정맥-중격천자 | M0653 |
| | 부정맥의 냉각절제술-심방세동-중격천자 | M0655 |
| | 부정맥의 냉각절제술-방실결절 절제술, 히스속 절제술-중격천자 | M0656 |
| | 경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부-낭종] | M1771 |

| 구분 | 대상이 되는 의료행위 | 수가코드 |
|---|---|---|
| | 경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부-혈관기형] | M1772 |
| | 경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부이외-낭종] | M1773 |
| | 경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부이외-혈관기형] | M1774 |
| | 경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부-낭종] | M1775 |
| | 경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부-혈관기형] | M1776 |
| | 경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부이외-낭종] | M1777 |
| | 경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부이외-혈관기형] | M1778 |
| | 경피적기관카테터삽입및인공호흡[윤상갑상막천자를통한것] | M5830 |
| | 삼차원 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파절제술(심방세동)-중격천자 | M6540 |
| | 부정맥의 고주파절제술(상심실성 부정맥)-중격천자 | M6544 |
| | 부정맥의 고주파절제술(심방세동)-중격천자 | M6545 |
| | 삼차원 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파절제술(상심실성 부정맥)-중격천자 | M6549 |
| | 부정맥의 고주파절제술(방실결절 절제술, 히스속 절제술)-중격천자 | M6556 |
| | 경피경간담즙배액술[유도료별도산정] | M6670 |
| | 경피적배액관교환술 | M6750 |
| | 낭종흡인요법[유도료별도산정] | M6850 |
| | 유주농양천자술 | N0100 |
| | 근농양배농술(요장근농양) | N0841 |
| | 근농양배농술(둔근농양) | N0842 |
| | 근농양배농술(대퇴근농양) | N0843 |
| | 근농양배농술(기타근농양) | N0844 |
| | 추간판제거술-척추수핵용해술[방사선료포함] | N1495 |
| | 척추수핵흡인술[뉴크레오톰 이용 수핵제거등][방사선료포함] | N1496 |
| | 범발성폴립양성대절개및흡인술 | 01233 |
| | 경피적확장기관절개술 | 01301 |
| | 농흉세척[흉막강내주입 포함] | 01502 |
| | 흉강삽관술(폐쇄식) | 01510 |

| 구분 | 대상이 되는 의료행위 | 수가코드 |
|---|---|---|
| | 종격동염배농술(비개흉식) | 01581 |
| | 타석절개술(단순적출) | Q2241 |
| | 인후농양절개술(경구강) | Q2251 |
| | 편도주위농양절개술또는흡인술 | Q2320 |
| | 간농양(낭종)수술-개복에 의한 흡인 또는 주입술 | Q7211 |
| | 역행성 담췌관 내시경 수술-담(췌)관배액술 | Q7762 |
| | 경피적담관[낭]경이용시술[PTBD Route또는T-Tube이용]-담관확장술(단순[카테터등이용확장만하는경우]) | Q7771 |
| | 경피적담관[낭]경이용시술[PTBD또는T-Tube이용]-담석제거술(바스켓또는풍선카테터이용,기계적쇄석술시) | Q7773 |
| | 경피적담관[낭]경이용시술[PTBD Route또는T-Tube이용]-담석제거술(전기수압식쇄석술시) | Q7774 |
| | 요도주위농양절개술 | R3750 |
| | 포상기태제거술-흡인소파술에의한것 | R4481 |
| | 자궁 내 태아 흉수 배액술[유도료 별도산정]-흉강천자 | R4536 |
| | 절개술(안면또는경부,제1범위,1cm미만) | S0011 |
| | 절개술(안면또는경부,제1범위,1cm이상~2cm미만) | S0012 |
| | 절개술(안면또는경부,제1범위,2cm이상) | S0013 |
| | 중추신경계정위수술-생검,흡인,병소절제,혈종제거 | S4756 |
| | 경피적척수낭종혹은공동흡인술 | S4811 |
| | 척수강내 약물주입펌프이식술-단순천자에 의한 시험적 약물주입술 | S4841 |
| | 유리체흡인술 | S5050 |
| | 전방천자 | S5080 |
| | 안검농양절개술 | S5240 |
| | 맥립종절개술 | S5400 |
| | 각막 전부기질천자술[편측] | S5542 |
| | 골막하농양절개배액술 | S5761 |
| 특정시술치료(화상처치)(연간1회한,급여) | 화상처치-9%이하의범위[수족지,안면,경부,성기를 포함하는경우] | N0011 |
| | 화상처치-9%이하의범위[수족지,안면,경부,성기를 포함하지 아니한 경우] | N0012 |

| 구분 | 대상이 되는 의료행위 | 수가코드 |
|---|---|---|
| | 화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의경우-하지의1지,복부또는배부에준하는범위[10%~18%의범위] | N0053 |
| | 화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의경우-양하지또는동체(복부및배부)에준하는범위[19%~36%의범위] | N0054 |
| | 화상처치-전기화상의 경우(근육,골격,인대의 손상이 포함된 경우) | N0057 |
| | 화상처치-전기화상의 경우(기타) | N0058 |
| | 화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의경우-상,하지또는양하지와복부또는배부에준하는범위[37~54%] | NA055 |
| | 화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의경우-전신대부분의범위[55%이상] | NA056 |
| | 화상처치-전기화상의 경우(근육,골격,인대의 손상이 포함된 경우)-섬광또는화염동반 | NA057 |
| | 화상처치-전기화상의 경우(기타)-섬광 또는 화염동반 | NA058 |
| 특정시술치료(신경차단술)(연간1회한,급여) 보험금 | 지주막하신경차단술 | LA210 |
| | 경막외신경차단술(지속적차단)-피하터널식카테터삽입에의한방법-삽입당일[삽입료포함] | LA222 |
| | 경막외신경차단술(지속적차단)-피하터널식카테터삽입에의한방법-삽입익일이후(1일당) | LA223 |
| | 경막외신경차단술(지속적차단)-피하매몰저장기펌프삽입술에의한방법-삽입당일[삽입료포함] | LA224 |
| | 경막외신경차단술(지속적차단)-피하매몰저장기펌프삽입술에의한방법-삽입익일이후(1일당) | LA225 |
| | 경막외신경차단술(지속적차단)-기타(비터널식카테터)에의한방법-삽입당일[삽입료포함] | LA226 |
| | 경막외신경차단술(지속적차단)-기타(비터널식카테터)에의한방법-삽입익일이후(1일당) | LA227 |
| | 경막외신경차단술(경막외패치술[혈액채취료포함]) | LA228 |
| | 뇌신경및뇌신경말초지차단술-안면신경 | LA232 |
| | 뇌신경및뇌신경말초지차단술-설인신경 | LA233 |
| | 뇌신경및뇌신경말초지차단술-접구개신경절 | LA234 |
| | 내시경하 접구개신경절차단술 | LA235 |
| | 척수신경말초지차단술-대소후두신경 | LA241 |
| | 척수신경말초지차단술-상후두신경 | LA242 |

| 구분 | 대상이 되는 의료행위 | 수가코드 |
|---|---|---|
| | 척수신경말초지차단술-후두신경 | LA243 |
| | 척수신경말초지차단술-횡격막신경 | LA244 |
| | 척수신경말초지차단술-척추부신경 | LA245 |
| | 척수신경말초지차단술-견갑신경 | LA247 |
| | 척수신경말초지차단술-늑간신경 | LA248 |
| | 척수신경말초지차단술-장골서혜신경 | LA249 |
| | 척수신경총,신경근및신경절차단술-경신경총 | LA251 |
| | 척수신경총,신경근및신경절차단술-요천골신경총 | LA253 |
| | 교감신경총및신경절차단술-간단한것 | LA261 |
| | 교감신경총및신경절차단술-복잡한것(복강신경총) | LA264 |
| | 교감신경총및신경절차단술-복잡한것(하장간막신경총) | LA265 |
| | 척수신경말초지차단술-장골하복신경 | LA270 |
| | 척수신경말초지차단술-음부신경 | LA271 |
| | 척수신경말초지차단술-좌골신경 | LA272 |
| | 척수신경말초지차단술-폐쇄신경 | LA273 |
| | 척수신경말초지차단술-대퇴신경 | LA274 |
| | 척수신경말초지차단술-외측대퇴피신경 | LA275 |
| | 척수신경말초지차단술-상박신경총 | LA276 |
| | 경막외신경차단술-일회성차단(경추및흉추) | LA321 |
| | 경막외신경차단술-일회성차단(요추및천추) | LA322 |
| | 경막외 저장기펌프 제거술 | LA330 |
| | 뇌신경및뇌신경말초지차단술-삼차신경절,상악신경,하악신경 | LA340 |
| | 뇌신경및뇌신경말초지차단술-안와상,안와하,턱끝,이개측두신경 | LA341 |
| | 척수신경말초지차단술-액와신경 | LA346 |
| | 척수신경말초지차단술-액와하부신경 | LA347 |
| | 척수신경총,신경근및신경절차단술-방척추신경 | LA352 |
| | 척수신경총,신경근및신경절차단술-미골신경 | LA353 |
| | 척수신경총,신경근및신경절차단술-선택적신경근 | LA354 |
| | 척수신경총,신경근및신경절차단술-척추후근신경절 | LA355 |
| | 척수신경총,신경근및신경절차단술-척수회백신경교통지 | LA356 |
| | 척수신경총,신경근및신경절차단술-척수신경후지 | LA357 |

| 구분 | 대상이 되는 의료행위 | 수가코드 |
|---|---|---|
| | 척수신경총,신경근및신경절차단술-후지내측지 | LA358 |
| | 척수신경총,신경근및신경절차단술-추간관절차단 | LA359 |
| | 교감신경총및신경절차단술-복잡한것(흉부교감신경절) | LA361 |
| | 교감신경총및신경절차단술-복잡한것(요부교감신경절) | LA362 |
| | 교감신경총및신경절차단술-복잡한것(상하복신경총) | LA366 |
| | 교감신경총및신경절차단술-복잡한것(외톨이신경절) | LA367 |
| | 전척추블록(기본[1시간기준]) | LY051 |
| | 전척추블록(유지[1시간초과시15분당]) | LY052 |
| 특정시술치료(도수정복술)(연간1회한,급여) | 늑골골절 비관혈적정복술 | N0531 |
| | 척추골절 및 탈구의 도수정복술 | N0630 |
| | 사지골절도수정복술[골반골,대퇴골] | N0641 |
| | 사지골절도수정복술[상완골,하퇴골] | N0642 |
| | 사지골절도수정복술[전완골] | N0643 |
| | 사지골절도수정복술[수근골,족근골] | N0644 |
| | 사지골절도수정복술[중수골,중족골,지골] | N0645 |
| | 관절탈구 도수정복술(고관절) | N0761 |
| | 관절탈구 도수정복술(견관절) | N0762 |
| | 관절탈구 도수정복술(주관절,슬관절) | N0763 |
| | 관절탈구 도수정복술(완관절,족관절,지관절) | N0764 |
| | 척추골절 및 탈구의 도수정복술 | N0765 |
| 특정시술치료(단순창상봉합)(연간1회한,급여) | 창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이1.5cm미만) | S0021 |
| | 창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이1.5cm이상~3.0cm미만) | S0022 |
| | 창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이3.0cm이상~5.0cm미만) | S0027 |
| | 창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이5.0cm이상~7.5cm미만) | S0028 |
| | 창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이7.5cm이상~10.0cm미만) | S0029 |
| | 창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이10cm이상, 5cm마다 추가) | S0030 |
| | 창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이1.5cm미만) | S0031 |
| | 창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이1.5cm이상~ | S0032 |

| 구분 | 대상이 되는 의료행위 | 수가코드 |
|---|---|---|
| | 3.0cm미만) | |
| | 창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이3.0cm이상~5.0cm미만) | S0037 |
| | 창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이5.0cm이상~7.5cm미만) | S0038 |
| | 창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이7.5cm이상~10.0cm미만) | S0039 |
| | 창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이10cm이상, 5cm마다 추가) | S0040 |
| | 창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,표재성,길이2.5cm미만) | SB021 |
| | 창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,표재성,길이2.5cm이상~5.0cm미만) | SB022 |
| | 창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,표재성,길이5.0cm이상~10.0cm미만) | SB029 |
| | 창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,표재성,길이10cm이상, 10cm마다 추가) | SB030 |
| | 창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이2.5cm미만) | SB031 |
| | 창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이2.5cm이상~5.0cm미만) | SB032 |
| | 창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이5.0cm이상~10.0cm미만) | SB039 |
| | 창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이10cm이상, 10cm마다 추가) | SB040 |
| 특정시술치료(기타시술)(연간1회한,급여) 보험금 | 이식형사건기록기삽입술 | E6551 |
| | 박피술[종양치료에 한함]-25㎠미만 | N0111 |
| | 티눈제거술(전기소작,냉동응고술 또는 약물밀봉대) | N0143 |
| | 조갑거터술 | N0215 |
| | 사지체내고정용금속제거술[대퇴골] | N0972 |
| | 사지체내고정용금속제거술[상완골,견갑골] | N0973 |
| | 사지체내고정용금속제거술[전완골,하퇴골]-요척골 동시, 경비골 동시 | N0974 |
| | 사지체내고정용금속제거술[쇄골,슬개골,수근골,족근골] | N0975 |

| 구분 | 대상이 되는 의료행위 | 수가코드 |
|---|---|---|
| | 사지체내고정용금속제거술[중수골,중족골,지골] | N0976 |
| | 사지체내고정용금속제거술[전완골,하퇴골]-요골과척골중 하나, 경골과비골중 하나 | N0977 |
| | 사지체내고정용금속제거술-골에삽입한금속핀이나금속정 등을근막절개하에간단히제거한경우 | N0978 |
| | 사지체내고정용금속제거술-골에삽입한금속핀이나금속정 등을근막절개없이간단히제거한경우 | N0979 |
| | 인공심폐순환[1회당] | 01890 |
| | 부분체외순환 | 01901 |
| | 부분체외순환10시간초과익일부터[1일당] | 01902 |
| | 부분체외순환-ECMO 사용 | 01903 |
| | 부분체외순환10시간초과익일부터[1일당]-ECMO 사용 | 01904 |
| | 요관스텐트제거술(요관경하) | R3266 |
| | 요관스텐트제거술(방광경하) | R3267 |
| | 요관스텐트제거술(경피적)[경피적신루설치술,방사선료포함] | R3268 |
| | 인공요도괄약근제거술 | R3566 |
| | 두개강내신경자극기설치,교환및제거술[운동장애,뇌전증,통증치료,난치성강박장애등]-두개강내신경전극제거 | S0475 |
| | 현미경하각막봉합사제거술 | S5390 |
| | 척수신경자극기설치,교환및제거술-영구자극기설치술[경피적]-자극분석및재조정 | SY634 |
| | 척수신경자극기설치,교환및제거술-시험적거치술[경피적]-자극분석 | SY638 |
| | 투시하 이물제거술 | MY762 |
| | 투시하 물제거술(상부소화관이물제거술의경우)[유도료별도산정] | MY763 |
| | 비내이물제거술-간단한 것[비내접근] | 00971 |
| | 비내이물제거술-복잡한 것[전신마취하 실시 또는 비외접근시] | 00972 |
| | 후두이물제거술(성문상부) | 01291 |
| | 후두이물제거술(성문,성문하부) | 01292 |
| | 내시경적기관또는기관지이물제거술(연성기관지경) | 01332 |

| 구분 | 대상이 되는 의료행위 | 수가코드 |
|---|---|---|
| | 개흉적기관또는기관지이물제거술 | 01336 |
| | 식도이물제거술(흉부접근) | Q2382 |
| | 식도이물제거술(경부접근) | Q2383 |
| | 내시경적 상부소화관이물제거술-단순 | Q7611 |
| | 내시경적 상부소화관이물제거술-복잡 | Q7612 |
| | 결장경하 이물 제거술 | Q7670 |
| | 에스상결장경하 이물 제거술 | Q7720 |
| | 역행성 담췌관 내시경 수술-이물질제거술 | Q7767 |
| | 안구내이물제거술-자석이용 | S4891 |
| | 안구내이물제거술-기타의 것 | S4892 |
| | 안와내 이물제거술 | S4895 |
| | 결막이물제거술 | S4930 |
| | 각막이물제거술-단순[filament제거포함] | S4971 |
| | 각막이물제거술-복잡[심층,녹제거를하는경우] | S4972 |
| | 공막이물제거술 | S4990 |
| | 외이도이물또는이구전색제거[간단한것은 기본진료료에 포함]-복잡한것 | S5571 |
| | 외이도이물또는이구전색제거[간단한것은 기본진료료에 포함]-극히 복잡한것[진주종제거 포함] | S5572 |
| | 급성복막투석-도관삽입술 | 07061 |
| | 체외복수투석[복막천자포함] | 07080 |
| | 혈액투석[1회당] | 07020 |

[별표10]

## 중대한 특정상해 분류표

① 약관에서 규정하는 '중대한 특정상해'로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 구분 | 대상이 되는 상병 | 분류번호 |
|---|---|---|
| 뇌손상 | 두개내 손상 | S06 |
| 내장손상 | 심장의 손상 | S26 |
| | 기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상 | S27 |
| | 복강내기관의 손상 | S36 |
| | 비뇨 및 골반 기관의 손상 | S37 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

[별표11]

## 악성신생물(암) 분류표

① 약관에서 규정하는 '악성신생물(암)'로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 입술,구강 및 인두의 악성신생물 | C00~C14 |
| 2. 소화기관의 악성신생물 | C15~C26 |
| 3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성신생물 | C30~C39 |
| 4. 골 및 관절연골의 악성신생물 | C40~C41 |
| 5. 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물 | C43~C44 |
| 6. 중피성 및 연조직의 악성신생물 | C45~C49 |
| 7. 유방의 악성신생물 | C50 |
| 8. 여성 생식기관의 악성신생물 | C51~C58 |
| 9. 남성 생식기관의 악성신생물 | C60~C63 |
| 10. 요로의 악성신생물 | C64~C68 |
| 11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물 | C69~C72 |
| 12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물 | C73~C75 |
| 13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 | C76~C80 |
| 14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물 | C81~C96 |
| 15. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물 | C97 |
| 16. 진성 적혈구 증가증 | D45 |
| 17. 골수형성이상 증후군 | D46 |
| 18. 만성 골수증식 질환 | D47.1 |
| 19. 본태성(출혈성) 혈소판증가증 | D47.3 |
| 20. 골수섬유증 | D47.4 |
| 21. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군) | D47.5 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 한국표준질병사인분류 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.

⑥ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표12]

## 제자리신생물 분류표

① 약관에서 규정하는 '제자리신생물' 로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종 | D00 |
| 2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종 | D01 |
| 3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종 | D02 |
| 4. 제자리흑색종 | D03 |
| 5. 피부의 제자리암종 | D04 |
| 6. 유방의 제자리암종 | D05 |
| 7. 자궁경부의 제자리암종 | D06 |
| 8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종 | D07 |
| 9 . 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종 | D09 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표13]

## 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

① 약관에서 규정하는 '경계성종양'로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D37 |
| 2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D38 |
| 3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D39 |
| 4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D40 |
| 5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D41 |
| 6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D42 |
| 7. 뇌 및 중추신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D43 |
| 8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D44 |
| 9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양10. 미결정의 단클론감마글로불린병증 | D47.0 |
| 11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D47.2<br>D47.7 |
| 12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물 | D47.9 |
| 13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D48 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표14]

## 뇌졸중 분류표

① 약관에서 규정하는 '뇌졸중'로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 거미막하출혈 | I60 |
| 2. 뇌내출혈 | I61 |
| 3. 기타 비외상성 두개내 출혈 | I62 |
| 4. 뇌경색증 | I63 |
| 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 | I65 |
| 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착 | I66 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표15]

## 뇌혈관질환 분류표

① 약관에서 규정하는 '뇌혈관질환'로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 거미막하 출혈 | I60 |
| 2. 뇌내출혈 | I61 |
| 3. 기타 비외상성 두개내 출혈 | I62 |
| 4. 뇌경색증 | I63 |
| 5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중 | I64 |
| 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 | I65 |
| 7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착 | I66 |
| 8. 기타 뇌혈관 질환 | I67 |
| 9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애 | I68 |
| 10. 뇌혈관질환의 후유증 | I69 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표16]

## 급성심근경색증 분류표

① 약관에서 규정하는 '급성심근경색증'로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 급성 심근경색증 | I21 |
| 2. 후속심근경색증 | I22 |
| 3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증 | I23 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표17]

## 허혈심장질환 분류표

① 약관에서 규정하는 '허혈심장질환'로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 협심증 | I20 |
| 2. 급성심근경색증 | I21 |
| 3. 후속심근경색증 | I22 |
| 4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증 | I23 |
| 5. 기타 급성 허혈심장질환 | I24 |
| 6. 만성 허혈심장병 | I25 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표18]

## 통풍 분류표

① 약관에서 규정하는 '통풍'로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상감염병 | 분류번호 |
|---|---|
| 통풍 | M10 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표19]

## 대상포진 분류표

① 약관에서 규정하는 '대상포진'로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상감염병 | 분류번호 |
|---|---|
| 대상포진 | B02 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표20]

## 대상포진눈병 분류표

① 약관에서 규정하는 '대상포진눈병'로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상감염병 | 분류번호 |
|---|---|
| 대상포진눈병 | B02.3 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표21]

## 심뇌혈관질환 분류표

① 약관에서 규정하는 '심뇌혈관질환'로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 급성 류마티스열 | I00-I02 |
| 2. 만성 류마티스심장질환 | I05-I09 |
| 3. 허혈성 심장질환 | I20-I25 |
| 4. 폐성 심장병 및 폐순환의 질환 | I26-I28 |
| 5. 기타 형태의 심장병 | I30-I52 |
| 6. 뇌혈관질환 | I60-I69 |
| 7. 칸디다심내막염 | B37.6 |
| 8. 수막알균성 심장병 | A39.5 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표22]

## 비급여대상

다음의 비급여대상은 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조(비급여대상) 제1항에서 정하는 별표2에 따릅니다.

1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
   가. 단순한 피로 또는 권태
   나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·딸기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
   다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환
   라. 단순 코골음
   마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
   바. 검열반 등 안과질환
   사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환
2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 치과교정. 다만, 입술입천장갈림증(구순구개열)을 치료하기 위한 치과교정 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
   라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면) 교정술
   마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
   바. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
   사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장을 목적으로 하는 진료
   아. 그 밖에 가목부터 사목까지에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료
3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
   가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제52조의 규정에 의하여 공단이 가입자등에게 실시하는 건강검진 제외)
   나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
   다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거. 다만, 치석제거만으로 치료가 종료되는 전체 치석제거로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
   라. 불소부분도포, 치면열구전색(치아홈메우기) 등 치아우식증(충치) 예방을 위한 진료. 다만, 18세 이하인 사람의 치아 중 치아우식증(충치)이 생기지 않은 순수 건전치아인 제1큰어금니 또는 제2큰어금니에 대한 치면열구전색(치아홈메우기)은 제외한다.
   마. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료
   바. 유전성질환 등 태아 또는 배아의 이상유무를 진단하기 위한 유전학적 검사
   사. 장애인 진단서 등 각종 증명서 발급을 목적으로 하는 진료
   아. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료

4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용 · 행위 · 약제 및 치료재료

가. 가입자 등이 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 1인(「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관 및 제3호나목에 따른 치과병원의 경우 3인 이하)이 입원할 수 있는 병상(이하 "상급병상"이라 한다)을 이용함에 따라 제8조에 따라 고시한 요양급여대상인 입원료(이하 "입원료"라 한다) 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용. 다만, 상급종합병원 및 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원은 제외한다)의 상급병상을 이용하는 경우에는 입원료를 포함한 입원실 이용비용 전액

(다만, 격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우는 제외한다)

(1) 의료법령에 따라 허가를 받거나 신고한 병상 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(이하 "일반병상"이라 한다)을 다음의 구분에 따라 운영하는 경우. 다만, 규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 일반병상 및 상급병상의 계산에서 제외한다.

(가) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호의 의원급 의료기관, 같은 항 제3호나목의 치과병원 및 같은 법 제3조의5제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기(周産期) 전문병원: 일반병상을 총 병상의 2분의 1 이상 확보할 것

(나) 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원을 제외한다): 일반병상을 총 병상의 5분의 3 이상 확보할 것

(다) 「의료법」 제3조제2항제3호마목의 종합병원 및 같은 법 제3조의4제1항에 따른 지정을 받은 상급종합병원: 일반병상을 총 병상의 5분의 4 이상 확보할 것

(2) 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10병상 이하인 경우

나. 가목에도 불구하고 다음 각 항목에 해당하는 경우에는 다음의 구분에 따른 비용

(1) 가입자등이 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관은 제외한다. 이하 같다) 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 제외한다)을 50퍼센트 이상 확보하여 운영하는 요양병원에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우: 제8조제4항 전단에 따라 고시한 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

(2) 가입자등이 가목(1)에서 정한 요건을 갖춘 상급종합병원, 종합병원, 병원 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」제25조에 따라 호스피스전문기관으로 지정된 요양기관에서 1인실 병상을 이용하여 같은 법 제28조에 따른 호스피스·완화의료를 받는 경우(격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우, 임종실을 이용하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우는 제외한다)

: 제8조제4항 전단에 따라 고시한 호스피스·완화의료 입원실의 입원료 중 4인실 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용비용6. 영 별표 2 제2호의 규정에 의하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호 사목, 제3호 아목, 제4호 거목은 다음 각목에서 정하는 경우에 한한다.

다. 법 제51조에 따라 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구. 다만, 보청기 중 보험급여의 적용을 받게 될 수술과 관련된 치료재료인 보건복지부장관이 정하여 고시하는 보청기는 제외한다.

라. 삭제 <2017. 9. 1.>

마. 친자확인을 위한 진단

바. 치과의 보철(보철재료 및 기공료 등을 포함한다) 및 치과임플란트를 목적으로 실시한 부가수술(골이식수술 등을 포함한다). 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 65세 이상인 사람의 틀니 및 치과임플란트는 제외한다.

사. 및 아. 삭제 <2002.10.24>

자. 이 규칙 제8조의 규정에 의하여 보건복지부장관이 고시한 약제에 관한 급여목록표에서 정한 일반의약품으로서 「약사법」 제23조에 따른 조제에 의하지 아니하고 지급하는 약제

차. 삭제 <2006.12.29.>.

카. 삭제 <2018. 12. 31.>

타. 「장기등 이식에 관한 법률」에 따른 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용

파. 「마약류 관리에 관한 법률」 제40조에 따른 마약류중독자의 치료보호에 소요되는 비용

하. 이 규칙 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함하되, 같은 규칙 제3조제3항에 따라 서류를 송부받은 경우와 같은 규칙 제3조의4에 따른 신의료기술평가 결과 안전성·유효성을 인정받지 못한 경우에는 제외한다). 다만, 제11조제9항 또는 제13조제1항 후단의 규정에 따라 소급하여 요양급여대상으로 적용되는 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함한다)는 제외한다.

거. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제8항제2호에 따른 제한적 의료기술

너. 「의료기기법 시행규칙」 제32조제1항제6호에 따른 의료기기를 장기이식 또는 조직이식에 사용하는 의료행위

더. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료

5. 삭제 <2006.12.29>

6. 영 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호아목, 제3호아목 및 제4호더목은 다음 각 목에서 정하는 경우에 한정한다.

가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료

나. 질병군 진료 외의 목적으로 투여된 약제

6의2. 영 제21조제3항제3호에 따른 호스피스·완화의료 입원진료의 경우에는 제1호부터 제3호까지, 제4호나목(2)·더목에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호사목, 제3호아목 및 제4호더목은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료에 한정한다.

7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우

가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법

나. 한약첩약 및 기상한의서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제

8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방·투여하려는 자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우. 다만, 제5조제4항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심사평가원장의 공고에 따른다.

[별표23]

## 특정감염병Ⅱ 분류표

① 약관에서 규정하는 '특정감염병Ⅱ'로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 콜레라 | A00 |
| 2. 장티푸스 | A01.0 |
| 3. 파라티푸스 | A01.1~A01.4 |
| 4. 상세불명의 시겔라증 | A03.9 |
| 5. 장 출혈성 대장균 감염 | A04.3 |
| 6. 페스트 | A20 |
| 7. 파상풍 | A33~ A35 |
| 8. 디프테리아 | A36 |
| 9. 백일해 | A37 |
| 10. 급성 회색질척수염 | A80 |
| 11. 일본뇌염 | A83.0 |
| 12. 홍역 | B05 |
| 13. 풍진 | B06 |
| 14. 볼거리 | B26 |
| 15. 탄저병 | A22 |
| 16. 브루셀라병 | A23 |
| 17. 렙토스피라병 | A27 |
| 18. 성홍열 | A38 |
| 19. 수막알균 수막염 | A39.0† |
| 20. 기타 그람음성균에 의한 패혈증 | A41.5 |
| 21. 재향군인병, 비폐렴성 재향군인병[폰티액열] | A48.1~A48.2 |
| 22. 발진티푸스 | A75 |
| 23. 광견병 | A82 |
| 24. 신장 증후군을 동반한 출혈열 | A98.5 |
| 25. 말라리아 | B50~ B54 |
| 26. 바이러스가 확인된 코로나바이러스 질환 2019 [바이러스가 확인된 코로나-19] | U07.1 |
| 27. 상세불명의 중증급성호흡증후군(SARS) | U04.9 |
| 28. 상세불명의 중동호흡기증후군(MERS) | U18.0 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표24]

## 26대질병 II 분류표

① 약관에서 규정하는 '26대질병 II'로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 구분 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|---|
| 중증근무력증 | 중증근무력증 및 기타 근신경장애 | G70 |
| 안와장애 | 안와의 장애 | H05 |
| 유리체의 장애 | 유리체의 장애 | H43 |
| 하지정맥류 | 하지의 정맥류<br>임신중 하지의 정맥류성 정맥<br>산후기중 기타 정맥합병증 | I83<br>O22.0<br>O87.8 |
| 과민대장증후군 | 과민대장증후군 | K58 |
| 치열 및 치루 | 항문 및 직장부의 열창 및 누공<br>항문 및 직장부의 농양<br>항문 및 직장의 기타 질환 | K60<br>K61<br>K62 |
| 전신결합조직 장애 II | 전신홍반루푸스<br>피부다발근염<br>전신경화증 | M32<br>M33<br>M34 |
| 골수염 및 골괴사증 | 골수염<br>골괴사 | M86<br>M87 |

| 구분 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|---|
| 뼈의 파젯병 및 뼈의기타장애 | 뼈의 파젯병[변형성 골염]<br>뼈의 기타 장애 | M88<br>M89 |
| 연골병증 | 고관절 및 골반의 연소성 골연골증<br>기타 연소성 골연골증<br>기타 골연골병증<br>연골의 기타 장애 | M91<br>M92<br>M93<br>M94 |
| 신장 및 요관의 결석 | 신장 및 요관의 결석 | N20 |
| 요도결석증 | 요도결석<br>기타 하부요로결석<br>상세불명의 하부요로결석<br>달리 분류된 질환에서의 요로의 결석 | N21.1<br>N21.8<br>N21.9<br>N22 |
| 다한증 | 다한증 | R61 |
| 눈및부속기관의 양성종양 | 눈 및 부속기의 양성 신생물 | D31 |
| 수면무호흡증 | 수면무호흡 | G47.3 |
| 결막장애 | 결막염<br>결막의 기타 장애<br>달리 분류된 질환에서의 결막의 장애 | H10<br>H11<br>H13 |
| 외이의 질환 | 외이염<br>외이의 기타장애<br>달리 분류된 질환에서의 외이의 장애 | H60<br>H61<br>H62 |

| 구분 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|---|
| 림프절염 | 비특이성 림프절염<br>림프관 및 림프절의 기타 비감염성 장애 | I88<br>I89 |
| 대상포진 | 대상포진 | B02 |
| 급성기관지염 | 급성 기관지염 | J20 |
| 급성 세기관지염 | 급성 세기관지염 | J21 |
| 정맥염 및 혈전정맥염 | 정맥염 및 혈전정맥염 | I80 |
| 기타 정맥의 색전증 및 혈전증 | 기타 정맥의 색전증 및 혈전증 | I82 |
| 식도정맥류 | 식도정맥류 | I85 |
| 후각특정질환Ⅱ | 코 및 비동의 기타장애 | J34 |
| 유방의장애Ⅱ | 유방의 비대 | N62 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표25]

## 58대질병Ⅱ 분류표

① 약관에서 규정하는 '58대질병Ⅱ'로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 구분 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|---|
| 담석증 | 담석증 | K80 |
| 사타구니 탈장 | 사타구니 탈장 | K40 |
| 편도 및 아데노이드의 만성 질환 | 편도 및 아데노이드의 만성 질환 | J35 |
| 만성 부비동염 | 만성 부비동염 | J32 |
| 급성상기도감염 | 급성상기도감염 | J00-J06 |
| 후각특정질환 | 혈관운동성 및 알레르기성 비염<br>만성비염, 비인두염 및 인두염<br>코폴립 | J30<br>J31<br>J33 |
| 인후부위의 특정질환 | 편도주위 농양<br>만성 후두염 및 후두기관염<br>상기도의 기타 질환 | J36<br>J37<br>J39 |
| 성대결절 | 달리 분류되지 않은 성대및 후두의 질환 | J38 |

| 구분 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|---|
| 근육장애 | 근염<br>근육의 석회화 및 골화<br>근육의 기타 장애<br>달리 분류된 질환에서의 근육장애 | M60<br>M61<br>M62<br>M63 |
| 발바닥근막성 섬유종증 | 발바닥근막성 섬유종증 | M72.2 |
| 중이염 | 비화농성 중이염<br>화농성 및 상세불명의 중이염<br>달리 분류된 질환에서의 중이염 | H65<br>H66<br>H67 |
| 중이 및 유돌의 질환 | 귀인두관염 및 귀인두관 폐색<br>귀인두관의 기타 장애<br>유돌염 및 관련 병태<br>중이의 진주종<br>고막의 천공<br>고막의 기타 장애<br>중이 및 유돌의 기타 장애<br>달리 분류된 질환에서의 중이 및 유돌의 기타 장애 | H68<br>H69<br>H70<br>H71<br>H72<br>H73<br>H74<br>H75 |
| 내이의 질환 | 내이의 질환 | H80-H83 |
| 황반변성 | 황반 및 후극부의 변성 | H35.3 |
| 공막 · 각막 · 홍채 · 섬모체의 장애 | 공막, 각막, 홍채 및 섬모체의 장애 | H15-H22 |

| 구분 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|---|
| 맥락막 및 망막의 장애 | 맥락막 및 망막의 장애<br>(황반 및 후극부의 변성 제외)<br>- H35.0(배경망막병증 및 망막혈관별화)<br>중 고혈압성 망막병증 제외<br>(당뇨병성 망막병증 제외) | H30-H36<br>(H35.3제외)<br><br><br>(H36.0제외) |
| 시신경 및 시각경로의 장애 | 시신경염<br>시[제2]신경 및 시각경로의 기타 장애<br>달리 분류된 질환에서의 시[제2]신경 및 시각경로의 장애 | H46<br>H47<br>H48 |
| 사구체질환 | 급성 신염증후군<br>급속 진행성 신염증후군<br>재발성 및 지속성 혈뇨<br>만성 신염증후군<br>신증후군<br>상세불명의 신염증후군<br>명시된 형태학적 병변을 동반한 고립된 단백뇨<br>달리 분류되지 않은 유전성 신장병증<br>달리 분류된 질환에서의사구체장애<br>(당뇨병에서의 사구체장애 제외) | N00<br>N01<br>N02<br>N03<br>N04<br>N05<br>N06<br>N07<br>N08<br>(N08.3제외) |
| 신세뇨관-간질질환 | 급성 세뇨관-간질신장염<br>만성 세뇨관-간질신장염<br>급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신장염<br>폐쇄성 및 역류성 요로병증<br>약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태<br>기타 신세뇨관-간질질환<br>달리 분류된 질환에서의신세뇨관-간질장애 | <br>N10<br>N11<br>N12<br>N13<br>N14<br>N15<br>N16 |

| 구분 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|---|
| 방광의결석 | 방광의 결석 | N21.0 |
| 신장 및 요관의 기타 장애 | 신세뇨관기능손상으로 인한 장애 | |
| | 상세불명의 신장위축 | N25 |
| | 원인불명의 작은 신장 | N26 |
| | 달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애 | N27 |
| | | N28 |
| | 달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애 | N29 |
| 비뇨계통의 기타 질환 | 방광염 | N30 |
| | 달리 분류되지 않은 방광의 신경근육기능장애 | N31 |
| | 방광의 기타 장애 | N32 |
| | 달리 분류된 질환에서의 방광장애 | N33 |
| | 비뇨계통의 기타 장애 | N37 |
| | 달리 분류된 질환에서의 요도장애 | N39 |
| | (결핵성 방광염(A18.11†)제외) | (N33.0제외) |
| | (스트레스요실금 제외) | (N39.3제외) |
| | (기타 명시된 요실금 제외) | (N39.4제외) |
| 유방의 장애 | 양성 유방형성이상 | N60 |
| | 유방의 염증성 장애 | N61 |
| | 유방의 상세불명의 덩이 | N63 |
| | 유방의 기타 장애 | N64 |

| 구분 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|---|
| 특정 부위의 탈장 | 대퇴탈장 | K41 |
| | 배꼽탈장 | K42 |
| | 복부탈장 | K43 |
| | 횡격막탈장 | K44 |
| | 기타 복부탈장 | K45 |
| | 상세불명의 복부탈장 | K46 |
| 비감염성장염 및 결장염 | 크론병[국소성 장염] | K50 |
| | 궤양성 대장염 | K51 |
| | 기타 비감염성 위장염 및 결장염 | K52 |
| 특정 장질환 | 장의 혈관장애 | K55 |
| | 탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐색 | K56 |
| | 장의 게실병 | K57 |
| 복막의 질환 | 복막의 질환 (결핵성 복막염 제외) | K65-K67 (K67.3제외) |
| 담낭담도 질환 | 담낭염(쓸개염) | K81 |
| | 담낭의 기타질환 | K82 |
| | 담도의 기타질환 | K83 |
| 척추변형 | 척주후만증 및 척주전만증 | M40 |
| | 척주측만증 | M41 |
| | 척추골연골증 | M42 |
| | 기타 변형성 등병증 | M43 |
| 척추병증 | 강직척추염 | M45 |
| | 기타 염증성 척추병증 | M46 |
| | 척추증 | M47 |
| | 기타 척추병증 | M48 |

| 구분 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|---|
| 추간판장애<br>(디스크질환) | 경추간판장애<br>기타 추간판장애 | M50<br>M51 |
| 골다공증 | 병적 골절을 동반한 골다공증<br>병적 골절이 없는 골다공증<br>달리 분류된 질환에서의 골다공증<br>골연속성의 장애 | M80<br>M81<br>M82<br>M84 |
| 안면<br>신경장애 | 삼차신경의 장애<br>안면신경장애<br>기타 뇌신경의 장애 | G50<br>G51<br>G52 |
| 손목터널증후군 | 손목터널증후군 | G56.0 |
| 단일신경병증 | 팔의 단일신경병증<br>(손목터널증후군 제외)<br>다리의 단일신경병증<br>기타 단일신경병증<br>달리 분류된 질환에서의단일신경병증<br>(당뇨병성 단일신경병증 제외) | G56<br>(G56.0제외)<br>G57<br>G58<br>G59<br>(G59.0제외) |
| 특정<br>누적외상성질환 | 결합조직의 기타 전신침범<br>경추상완증후군<br>기타 연조직장애<br><br>(발바닥근막성 섬유종증)<br>(어깨병변) | M35<br>M53.1<br>M70~M79<br>(M74,M78제외)<br>(M72.2제외)<br>(M75제외) |
| 윤활막 및<br>힘줄장애 | 윤활막염 및 힘줄윤활막염<br>윤활막 및 힘줄의 자연파열<br>윤활막 및 힘줄의 기타 장애<br>달리 분류된 질환에서의 윤활막 및 힘줄의 장애 | M65<br>M66<br>M67<br>M68 |

| 구분 | | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|---|---|
| 식도질환 | | 식도염<br>위-식도역류병<br>식도의 기타질환<br>달리 분류된 질환에서의 식도의 장애 | K20<br>K21<br>K22<br>K23 |
| 위 · 십이지장<br>질환 | | 위염 및 십이지장염<br>기능성 소화불량 | K29<br>K30 |
| 어깨병변 | | 어깨병변 | M75 |
| 고혈압 | 고혈압성<br>질환 | 본태성(원발성) 고혈압<br>고혈압성 심장병<br>고혈압성 신장병<br>고혈압성 심장 및 신장병<br>이차성 고혈압 | I10<br>I11<br>I12<br>I13<br>I15 |
| | 고혈압성<br>합병증 | 고혈압성 뇌병증<br>배경망막병증 및 망막혈관변화<br>(고혈압성 망막병증)<br>제외 - 고혈압성 이외의 배경망막병증 및<br>망막혈관 변화 | I67.4<br>H35.0 |

| 구분 | | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|---|---|
| 당뇨병 | 당뇨병 질환* | 1형 당뇨병<br>2형 당뇨병<br>영양실조 관련 당뇨병<br>기타 명시된 당뇨병<br>상세불명의 당뇨병 | E10<br>E11<br>E12<br>E13<br>E14 |
| | 당뇨병성 합병증 | 당뇨병성 단일신경병증<br>당뇨병성 다발신경병증<br>당뇨병성 백내장<br>당뇨병성 망막병증<br>당뇨병성 관절병증<br>당뇨병에서의 사구체장애 | G59.0<br>G63.2<br>H28.0<br>H36.0<br>M14.2<br>N08.3 |
| 용혈-요독 증후군 (햄버거병) | | 용혈-요독증후군 | D59.3 |
| 비장질환 | | 비장의 질환 | D73 |
| 부갑상선질환 | | 부갑상선기능저하증<br>부갑상선기능항진증 및 부갑상선의 기타 장애 | E20<br>E21 |
| 뇌하수체질환 | | 뇌하수체의 기능항진<br>뇌하수체의 기능저하 및 기타 장애 | E22<br>E23 |

| 구분 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|---|
| 대사장애 | 쿠싱증후군<br>부신생식기장애<br>고알도스테론증<br>부신의 기타 장애 | E24<br>E25<br>E26<br>E27 |
| 마비 | 편마비<br>하반신마비 및 사지마비<br>기타 마비증후군 | G81<br>G82<br>G83 |
| 귀의 기타장애 | 전음성 및 감각신경성 청력소실<br>기타 청력소실<br>귀통증 및 귀의 삼출액<br>달리 분류되지 않은 귀의 기타 장애<br>달리 분류된 질환에서의 귀의 기타 장애<br>달리 분류되지 않은 귀 및 유돌의 처치후 장애 | H90<br>H91<br>H92<br>H93<br>H94<br>H95 |
| 동맥및세동맥의 질환 | 동맥색전증 및 혈전증<br>동맥 및 세동맥의 기타 장애 | I74<br>I77 |
| 외부요인에의한 폐질환 | 탄광부진폐증<br>석면 및 기타 광섬유에 의한 진폐증<br>실리카를 함유한 먼지에 의한 진폐증<br>기타 무기물먼지에 의한 진폐증<br>상세불명의 진폐증<br>결핵과 연관된 진폐증<br>특정 유기물먼지에 의한 기도질환<br>유기물먼지에 의한 과민성 폐렴<br>화학물질, 가스, 훈증기 및 물김의 흡입에 의한 호흡기병태<br>고체 및 액체에 의한 폐렴<br>기타 외부요인에 의한 호흡기병태 | J60<br>J61<br>J62<br>J63<br>J64<br>J65<br>J66<br>J67<br>J68<br>J69<br>J70 |

| 구분 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|---|
| 폐부종 | 폐부종 | J81 |
| 특정호흡기질환 | 달리 분류되지 않은 폐호산구증가<br>기타 간질성 폐질환 | J82<br>J84 |
| 침샘질환 | 침샘의 질환 | K11 |
| 위공장궤양 | 위공장궤양 | K28 |
| 특정소화기질환 | 위 및 십이지장의 기타 질환<br>(위 및 십이지장의 폴립 제외) | K31<br>(K31.7제외) |
| 장흡수장애 | 장흡수장애 | K90 |
| 전신결합조직 장애 I | 결절성 다발동맥염 및 관련 병태<br>기타 괴사성 혈관병증 | M30<br>M31 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

**[유의사항]**

한국표준질병사인분류 기준에 의거하여 상기 58대질병II 중 일부는 아래와 같이 동시 진단될 수 있으며, 동시 진단 가능 코드가 기재된 진단서를 제출한 경우에도 보험금을 지급합니다.

| 58대질병II 대상코드 | | 동시 진단 가능 코드 | |
|---|---|---|---|
| 대상이 되는 질병 | 분류번호 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
| 경추간판장애 및 기타 추간판장애 | M50-M51+ | 추간판 장애에서의 신경근 및 신경총 압박 | G55.1* |
| 결핵에서의 중이염 | H67.0* | 결핵성 중이염 | A18.6+ |
| 홍역에서의 중이염 | H67.1* | 중이염이 합병된 홍역(H67.1*)<br>홍역후 중이염(H67.1*) | B05.3+<br>B05.3+ |
| 결핵성 맥락망막염<br>결핵성 상공막염<br>결핵에서의 각막염 및 각막결막염(간질성)<br>결핵에서의 홍채섬모체염 | H32.0*주1)<br>H19.0*주1)<br>H19.2*주1)<br>H22.0*주1) | 눈의 결핵 | A18.5+ |
| 헤르페스바이러스[단순헤르페스] 감염에서의 홍채섬모체염 | H22.0* | 홍채섬모체염<br>홍채염<br>전방포도막염 | B00.50+<br>B00.50+<br>B00.50+ |
| 헤르페스바이러스 각막염 및 각막결막염 | H19.1* | 각막염<br>각막결막염<br>각막상피염<br>간질각막염<br>각막내피염 | B00.51+<br>B00.51+<br>B00.51+<br>B00.51+<br>B00.51+ |

| 58대질병Ⅱ 대상코드 | | 동시 진단 가능 코드 | |
|---|---|---|---|
| 대상이 되는 질병 | 분류 번호 | 대상이 되는 질병 | 분류 번호 |
| 유행성 각막결막염 | H19.2* | 아데노바이러스에 의한 각막결막염<br>유행성 각막결막염<br>조선소눈병 | B30.0+<br>B30.0+<br>B30.0+ |
| 전신홍반루푸스에서의 사구체장애 | N08.5* | 사구체질환 동반 전신홍반루푸스<br>(제외 - 사구체질환 동반 이외의 전신홍반루푸스) | M32.1+ |
| 전신홍반루푸스에서의 신세뇨관-간질장애 | N16.4* | 세뇨관-간질신장병증 동반 전신홍반루푸스<br>(제외 - 신세뇨관-간질신장병증 동반 이외의 전신홍반루푸스) | M32.1+ |
| 달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애 | N29.1* | 신장의 결핵<br>요관의 결핵 | A18.10+<br>A18.18+ |
| 결핵성 식도염 | K23.0* | 식도의 결핵 | A18.82+ |
| 결핵성 방광염 | N33.0* | 방광의 결핵 | A18.11† |
| 클라미디아복막염 | K67.0* | 클라미디아복막염 | A74.8+ |
| 각막결막염을(를) 동반한 쉐그렌증후군 | M35.0+ | 건성 각막결막염 | H19.3* |

| 58대질병Ⅱ 대상코드 | | 동시 진단 가능 코드 | |
|---|---|---|---|
| 대상이 되는 질병 | 분류 번호 | 대상이 되는 질병 | 분류 번호 |
| 결핵에서의 윤활막염 및 힘줄윤활막염 | M68.0* | 결핵성 윤활막염<br>결핵성 힘줄윤활막염 | A18.08†<br>A18.08† |
| 달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 결막염 | H13.1* | 아데노바이러스에 의한 결막염<br>클라미디아결막염<br>급성 유행성 출혈성 결막염(엔테로바이러스) 결막염<br>기타 바이러스결막염 | B30.1+<br>A74.0+<br>B30.3+<br>B00.52+<br>B30.8+ |

주) H19.0+H32.0은 약관상 동시에 보장하고 있는 경우만 A18.5도 보장합니다.
즉, H19.0+H32.0중 일부만 보장하는 경우 A18.5는 보장하지 않습니다.

상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표26]

## 24대질병 분류표

① 약관에서 규정하는 '24대질병'로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 구분 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|---|
| 심장질환 | 급성 류마티스열<br>만성 류마티스 심장질환<br>허혈심장질환<br>폐성 심장병 및 폐순환의 질환<br>기타 형태의 심장병 | I00 ~ I02<br>I05 ~ I09<br>I20 ~ I25<br>I26 ~ I28<br>I30 ~ I52 |
| 뇌혈관질환 | 뇌혈관 질환 | I60 ~ I69 |
| 간 질 환 | 바이러스 간염<br>간의 질환 | B15 ~ B19<br>K70 ~ K77 |
| 위궤양 및 십이지장궤양 | 위궤양<br>십이지장궤양<br>상세불명 부위의 소화성 궤양 | K25<br>K26<br>K27 |
| 동맥경화증 | 죽상경화증 | I70 |
| 만성 하부호흡기 질환 | 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염<br>단순성 및 점액화농성 만성기관지염<br>상세불명의 만성기관지염<br>천식<br>천식지속상태 | J40<br>J41<br>J42<br>J45<br>J46 |
| 폐 렴 | 달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴<br>폐렴연쇄알균에 의한 폐렴<br>인플루엔자균에 의한 폐렴<br>달리 분류되지 않은 세균성 폐렴<br>달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴<br>달리 분류된 질환에서의 폐렴<br>상세불명 병원체의 폐렴<br>재향군인병<br>폐렴이 합병된 홍역 | J12<br>J13<br>J14<br>J15<br>J16<br>J17<br>J18<br>A48.1<br>B05.2 |
| 녹 내 장 | 녹내장<br>달리 분류된 질환에서의 녹내장 | H40<br>H42 |
| 결 핵 | 결핵<br>결핵의 후유증 | A15 ~ A19<br>B90 |
| 신 부 전 | 신부전 | N17 ~ N19 |
| 패혈증 | 연쇄알균패혈증<br>기타 패혈증 | A40<br>A41 |

| 구분 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|---|
| 중추신경계통의 염증성질환(수막염) | 달리 분류되지 않은 세균성 수막염<br>달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염<br>달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염<br>기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염 | G00<br>G01<br>G02<br>G03 |
| 중추신경계통의 염증성질환(뇌및척수의 염증성질환) | 뇌염, 척수염 및 뇌척수염<br>달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염<br>두개내 및 척추내 농양 및 육아종<br>달리 분류된 질환에서의 두개내 및 척추내 농양 및 육아종<br>두개내 및 척추내 정맥염 및 혈전정맥염<br>중추신경계통의 염증성 질환의 후유증 | G04<br>G05<br>G06<br>G07<br>G08<br>G09 |
| 파킨슨병 | 파킨슨병<br>이차성 파킨슨증 | G20<br>G21 |
| 다발경화증 | 다발경화증 | G35 |
| 자율신경계통의 장애 | 자율신경계통의 장애 | G90 |
| 대동맥류 | 대동맥동맥류 및 박리 | I71 |
| 폐질환 | 폐기종<br>기타 만성 폐쇄성 폐질환<br>기관지확장증<br>하기도의 화농성 및 괴사성 병태<br>흉막의 기타 질환 | J43<br>J44<br>J47<br>J85~J86<br>J90~J94 |

| 구분 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|---|
| 급성 췌장염 | 급성 췌장염 | K85 |
| 췌장질환 | 췌장의 기타 질환<br>달리 분류된 질환에서의 담낭, 담도 및 췌장의 장애 | K86<br>K87 |
| 뇌전증 | 뇌전증<br>뇌전증지속상태 | G40<br>G41 |
| 뇌성마비 | 뇌성마비 | G80 |
| 수두증 | 수두증 | G91 |
| 버거씨병 | 폐색혈전혈관염[버거병] | I73.1 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

**[유의사항]**

한국표준질병사인분류 기준에 의거하여 상기 24대질병 중 일부는 아래와

같이 동시 진단될 수 있으며, 동시 진단 가능 코드가 기재된 진단서를 제출한 경우에도 보험금을 지급합니다.

| 24대질병 대상코드 | | 동시 진단 가능 코드 | |
|---|---|---|---|
| 대상이 되는 질병 | 분류번호 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
| 뼈 및 관절의 결핵 | A18.0+ | 결핵 관절염 | M01.1* |
| | | 척추의 결핵 | M49.0* |
| | | 뼈의 결핵 | M90.0* |
| 비뇨생식계통의 결핵 | A18.1+ | 결핵성 방광염 | N33.0* |
| | | 자궁경부의 결핵감염 | N74.0* |
| | | 여성 결핵성 골반염증질환 | N74.1* |
| 장,복막 및 장간막림프절의 결핵 | A18.3+ | 결핵성 복막염 | K67.3* |
| | | 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애 | K93.0* |
| 달리 분류된 질환에서의 상세불명 판막의 심내막염 | I39.8* | 칸디다심내막염 | B37.6+ |
| 달리 분류된 바이러스질환에서의 폐렴 | J17.1* | 거대세포바이러스폐렴 | B25.0+ |
| | | 폐렴이 합병된 홍역 | B05.2+ |
| | | 수두폐렴 | B01.2+ |
| 톡소포자충증에서의 폐렴 | J17.3* | 폐톡소포자충증 | B58.3+ |

| 24대질병 대상코드 | | 동시 진단 가능 코드 | |
|---|---|---|---|
| 대상이 되는 질병 | 분류번호 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
| 달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 간장애 | K77.0* | 거대세포바이러스간염 | B25.1+ |
| | | 톡소포자충간염 | B58.1+ |
| 달리 분류된 세균성 질환에서의 심장막염 | I32.0*주1) | 수막알균성 심장막염 | A39.5+ |
| 달리 분류된 질환에서의 상세불명 판막의 심내막염 | I39.8*주1) | 수막알균성 심내막염 | A39.5+ |
| 달리 분류된 세균성 질환에서의 심근염 | I41.0*주1) | 수막알균성 심근염 | A39.5+ |
| 달리 분류된 세균성 질환에서의 기타 심장장애 | I52.0*주1) | 수막알균성 심장염 NOS | A39.5+ |
| 달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염 | G01* | 수막알균수막염<br>결핵성 수막염 | A39.0<br>A17.0+ |
| 달리 분류된 바이러스질환에서의 수막염 | G02.0* | 아데노바이러스수막염<br>엔테로바이러스수막염<br>헤르페스바이러스수막염<br>수막염이 합병된 홍역<br>볼거리수막염<br>수두수막염<br>대상포진수막염 | A87.1+<br>A87.0+<br>B00.3+<br>B05.1+<br>B26.1+<br>B01.0+<br>B02.1+ |

| 24대질병 대상코드 | | 동시 진단 가능 코드 | |
|---|---|---|---|
| 대상이 되는 질병 | 분류번호 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
| 진균증에서의 수막염 | G02.1* | 칸디다수막염<br>콕시디오이데스진균수막염 | B37.5+<br>B38.4+ |
| 결핵(~에서의) 뇌염, 척수염 또는 뇌척수염 | G05.0* | 결핵성 수막뇌염 | A17.81+ |
| 달리 분류된 바이러스질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염 | G05.1* | 아데노바이러스뇌염<br>엔테로바이러스뇌염<br>헤르페스바이러스뇌염<br>뇌염이 합병된 홍역<br>볼거리뇌염<br>수두뇌염<br>대상포진뇌염 | A85.1+<br>A85.0+<br>B00.4+<br>B05.0+<br>B26.2+<br>B01.1+<br>B02.0+ |
| 풍진에서의 뇌염, 척수염 또는 뇌척수염<br>풍진(에 의한)수막염<br>풍진에서의 뇌염, 척수염 또는 뇌척수염 | G05.1*주2)<br>G02.0*주2)<br>G05.1*주2) | 신경학적 합병증을 동반한 풍진 | B06.0+ |
| 리스테리아(~에서의) 수막염<br>리스테리아(~에서의) 뇌염, 척수염 또는 뇌척수염 | G01*주3)<br>G05.0*주3) | 리스테리아 수막염 및 수막뇌염 | A32.1+ |

| 24대질병 대상코드 | | 동시 진단 가능 코드 | |
|---|---|---|---|
| 대상이 되는 질병 | 분류번호 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
| 달리 분류된 질환에서의 두개내 및 척추내 농양 및 육아종 | G07* | 아메바성 뇌농양<br>수막결핵종<br>뇌 및 척수의 결핵종<br>기타 신경계통의 결핵 | A06.6<br>A17.1+<br>A17.80+<br>A17.88+ |
| 달리 분류된 질환에서의 췌장장애 | K87.1* | 거대세포바이러스췌장염<br>볼거리췌장염 | B25.2+<br>B26.3+ |

주1) I32.0~I52.0은 약관상 동시에 보장하고 있는 경우만 A39.5+도 보장합니다.
즉, I32.0~I52.0 중 일부만 보장하는 경우 A39.5+는 보장하지 않습니다.
주2) G02.0~G05.1은 약관상 동시에 보장하고 있는 경우만 B06.0+도 보장합니다.
즉, G02.0~G05.1중 일부만 보장하는 경우 B06.0+는 보장하지 않습니다.
주3) G01~G05.0은 약관상 동시에 보장하고 있는 경우만 A32.1+도 보장합니다.
즉, G01~G05.0 중 일부만 보장하는 경우 A32.1+는 보장하지 않습니다.

[별표27]

## 치핵 분류표

① 약관에서 규정하는 '치핵'로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 치핵 및 항문주위정맥혈전증<br>포함 - 치질<br>제외 - 출산 및 산후기 합병(087.2), 임신 합병(022.4) | K64 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표28]

## 갑상선관련질병 분류표

① 약관에서 규정하는 '갑상선관련질병'로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 구분 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|---|
| 갑상선질환 | 갑상선의 장애<br>처치후 갑상선기능저하증<br>방사선조사후 갑상선기능저하증<br>수술후 갑상선기능저하증 | E00~E07<br>E89.0 |
| 갑상선의 양성신생물 | 갑상선의 양성 신생물 | D34 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

**[유의사항]**

한국표준질병사인분류 기준에 의거하여 상기 '갑상선관련질병' 중 일부

는 아래와 같이 동시 진단될 수 있으며, 동시 진단 가능 코드가 기재된 진단서를 제출한 경우에도 보험금을 지급합니다.

| 갑상선관련질병 대상코드 | | 동시 진단 가능 코드 | |
|---|---|---|---|
| 대상이 되는 질병 | 분류번호 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
| 갑상선독증<br>[갑상선기능항진증] | E05-+ | 갑상선이상성 안구돌출 | H06.2* |

상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표29]

## 다발성10대질병 분류표

① 약관에서 규정하는 '다발성10대질병'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 구분 | | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|---|---|
| 소화기계통의 양성신생물 | | 기타 및 부위불명 소화기계통의 양성신생물 | D13 |
| 중이·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물 | | 중이 및 호흡계통의 양성 신생물<br>기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 양성 신생물 | D14<br>D15 |
| 골 및 관절연골의 양성신생물 | | 골 및 관절연골의 양성 신생물 | D16 |
| 조직의 양성신생물 | | 중피조직의 양성 신생물<br>후복막 및 복막 연조직의양성 신생물<br>결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물 | D19<br>D20<br>D21 |
| 생식기 양성 종양 | 여성 생식기의 양성 종양 | 자궁의 평활근종<br>자궁의 기타 양성 신생물<br>난소의 양성 신생물<br>기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물 | D25<br>D26<br>D27<br>D28 |
| 생식기 양성 종양 | 남성 생식기의 양성종양 | 남성생식기관의 양성 신생물 | D29 |
| 비뇨기관의 양성신생물 | | 비뇨기관의 양성신생물 | D30 |
| 수막의 양성신생물 | | 수막의 양성 신생물 | D32 |
| 뇌 및 중추신경계통의 양성신생물 | | 뇌 및 기타 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물 | D33 |
| 내분비선의 양성신생물 | | 기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물 | D35 |
| 유방의 양성종양 | | 유방의 양성 신생물 | D24 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표30]

## 추간판장애 분류표

① 약관에서 규정하는 '추간판장애'로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 경추간판장애<br>2. 기타 추간판장애 | M50<br>M51 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

※한국표준질병사인분류 기준에 의거하여 상기 '추간판장애' 중 일부는 아래와 같이 동시 진단될 수 있으며, 동시 진단 가능 코드가 기재된 진단서를 제출한 경우에도 보험금을 지급합니다.

| 척추질병 대상코드 | | 동시 진단 가능 코드 | |
|---|---|---|---|
| 대상이 되는 질병 | 분류번호 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
| 경추간판장애 및 기타 추간판장애 | M50-M51+ | 추간판 장애에서의 신경근 및 신경총 압박 | G55.1* |

상기외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표31]

## 간질환 분류표

① 약관에서 규정하는 '간질환'로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 바이러스 간염<br>2. 간의 질환 | B15 ~ B19<br>K70 ~ K77 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[유의사항]

한국표준질병사인분류 기준에 의거하여 상기 '간질환' 중 일부는 아래와 같이 동시 진단될 수 있으며, 동시 진단 가능 코드가 기재된 진단서를 제출한 경우에도 보험금을 지급합니다.

| 간질환 대상코드 | | 동시 진단 가능 코드 | |
|---|---|---|---|
| 대상이 되는 질병 | 분류번호 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
| 달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 간장애 | K77.0* | 거대세포바이러스간염 | B25.1+ |
| | | 톡소포자충간염 | B58.1+ |

[별표32]

## 5대기관질병 분류표

① 약관에서 규정하는 '5대기관질병'로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 구분 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|---|
| 심장질환 | 급성 류마티스열<br>만성 류마티스 심장질환<br>허혈심장질환<br>폐성 심장병 및 폐순환의 질환<br>기타 형태의 심장병 | I00 ~ I02<br>I05 ~ I09<br>I20 ~ I25<br>I26 ~ I28<br>I30 ~ I52 |
| 뇌혈관 질환 | 뇌혈관 질환 | I60 ~ I69 |
| 간 질 환 | 바이러스 간염<br>간의 질환 | B15 ~ B19<br>K70 ~ K77 |
| 신장질환 | 신부전 | N17 ~ N19 |
| 폐질환 | 폐기종 | J43 |
| | 기타 만성 폐쇄성 폐질환 | J44 |
| | 기관지확장증 | J47 |
| | 하기도의 화농성 및 괴사성 병태 | J85~J86 |
| | 흉막의 기타 질환 | J90~J94 |
| | 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염 | J40 |
| | 단순성 및 점액화농성 만성기관지염 | J41 |
| | 상세불명의 만성기관지염 | J42 |
| | 천식 | J45 |
| | 천식지속상태 | J46 |
| | 달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴 | J12 |
| | 폐렴연쇄구균에 의한 폐렴 | J13 |
| | 인플루엔자균에 의한 폐렴 | J14 |
| | 달리 분류되지 않은 세균성 폐렴 | J15 |
| | 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴 | J16 |
| | 달리 분류된 질환에서의 폐렴 | J17 |
| | 상세불명 병원체의 폐렴 | J18 |
| | 재향군인병 | A48.1 |
| | 폐렴이 합병된 홍역 | B05.2 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

**[유의사항]**

한국표준질병사인분류 기준에 의거하여 상기 '5대기관질병' 중 일부는 아래와 같이 동시 진단될 수 있으며, 동시 진단 가능 코드가 기재된 진단서를 제출한 경우에도 보험금을 지급합니다.

| 5대기관질병 대상코드 | | 동시 진단 가능 코드 | |
|---|---|---|---|
| 대상이 되는 질병 | 분류번호 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
| 달리 분류된 질환에서의 상세불명 판막의 심내막염 | I39.8* | 칸디다심내막염 | B37.6+ |
| 달리 분류된 바이러스질환에서의 폐렴 | J17.1* | 거대세포바이러스폐렴 | B25.0+ |
| | | 폐렴이 합병된 홍역 | B05.2+ |
| | | 수두폐렴 | B01.2+ |
| 기생충질환에서의 폐렴 | J17.3* | 폐톡소포자충증 | B58.3+ |
| 달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 간장애 | K77.0* | 거대세포바이러스간염 | B25.1+ |
| | | 톡소포자충간염 | B58.1+ |
| 달리 분류된 세균성 질환에서의 심장막염 | I32.0*주) | 수막알균성 심장막염 | A39.5+ |
| 달리 분류된 질환에서의 상세불명 판막의 심내막염 | I39.8*주) | 수막알균성 심내막염 | A39.5+ |
| 달리 분류된 세균성 질환에서의 심근염 | I41.0*주) | 수막알균성 심근염 | A39.5+ |
| 달리 분류된 세균성 질환에서의 기타 심장장애 | I52.0*주) | 수막알균성 심장염 NOS | A39.5+ |

주) I32.0~I52.0은 약관상 동시에 보장하고 있는 경우만 A39.5+도 보장합니다. 즉, I32.0~I52.0 중 일부만 보장하는 경우 A39.5+는 보장하지 않습니다.

[별표33]

## 가사도우미지원 프로그램 세부내용

| 구 분 | 프로그램 내용 | 지원횟수 |
|---|---|---|
| 가사도우미 지원 프로그램 | 주방, 욕실, 바닥, 먼지제거, 쓰레기배출, 세탁 등 청소와 관련된 전반적인 서비스<br>(4시간 기본제공 기준)<br><br>※ 상기 청소관련 서비스외 다른 가사관련 도움 서비스를 이용하거나, 기본제공 시간을 초과하여 이용하는 경우 추가요금이 발생할 수 있으며, 제휴업체에서 정한 추가요금을 제휴업체에 별도로 지불하여야 함 | 50회 |

가사도우미지원프로그램 세부내용은 생활환경 변화 등을 고려하여 다른 프로그램으로 변경될 수 있으며, 이 경우 회사는 변경 내용을 계약자에게 안내합니다.

[별표34]

## 항암호르몬약물허가치료제 분류표

① 아래 '항암호르몬약물허가치료제' 해당 의약품명 및 성분명은 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 "항암호르몬약물치료제" 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

② 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

| 의약품명과 성분명 |
|---|
| - 성분명은 '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.<br>- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.<br>- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. '항암호르몬약물치료제' 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다. |

| 번호 | 성분명 (국문 및 영문) | 의약품명(국문) |
|---|---|---|
| 1 | 아비라테론 abiraterone 아세테이트(미분화) acetate Micronized | 자이티가정500밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화))<br>아비테론정500밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화)) |

| 번호 | 성분명 (국문 및 영문) | 의약품명(국문) |
|---|---|---|
| 2 | 아나스트로졸<br>anastrozole | 에이덱스정(아나스트로졸)<br>아리미덱스정(아나스트로졸)<br>테바아나스트로졸정1밀리그램<br>아트로졸정(아나스트로졸)<br>페미젯정1밀리그램(아나스트로졸)<br>아나스토정(아나스트로졸) |
| 3 | 비칼루타미드<br>bicalutamide | 카소덱스정(비칼루타마이드)<br>비카덱스정(비칼루타마이드)<br>비카루드정(비칼루타마이드)<br>칼루타미정150밀리그램(비칼루타미드)<br>칼루타미정50밀리그램(비칼루타미드)<br>비카소정(비칼루타미드)<br>카덱스정(비칼루타미드)<br>카소비트정(비칼루타미드)<br>프로세이드정(비칼루타미드)<br>프로카덱스정(비칼루타마이드)<br>프로칼린정50밀리그램(비칼루타미드)<br>테바비칼루타마이드정50밀리그램<br>피엠에스비칼루타미드정50밀리그램<br>(비칼루타미드(미분화)) |
| 4 | 다로루타마이드<br>darolutamide | 뉴베카정300밀리그램(다로루타마이드) |
| 5 | 데가렐릭스<br>degarelix | 퍼마곤주80밀리그램(데가렐릭스)<br>퍼마곤주120밀리그램(데가렐릭스) |
| 6 | 엔잘루타마이드<br>enzalutamide | 엑스탄디연질캡슐40mg(엔잘루타마이드) |
| 7 | 엑스메스탄<br>exemestane | 아로마신정25mg(엑스메스탄) |
| 8 | 풀베스트란트 | 파슬로덱스주(풀베스트란트) |

| 번호 | 성분명 (국문 및 영문) | 의약품명(국문) |
|---|---|---|
|  | fulvestrant | 풀베트주(풀베스트란트) |
| 9 | 고세렐린<br>goserelin | 졸라덱스데포주사(고세렐린아세트산염)<br>졸라덱스엘에이데포주사(고세렐린아세트산염) |
| 10 | 레트로졸<br>letrozole | 페마라정(레트로졸)<br>레나라정(레트로졸)<br>트로젯정2.5밀리그램(레트로졸)<br>레트론정(레트로졸)<br>브레트라정(레트로졸)<br>파누엘정2.5밀리그램(레트로졸)<br>테바레트로졸정2.5밀리그램 |
| 11 | 류프로렐린<br>leuprorelin | 루피어데포주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염)<br>로렐린데포주사(류프로렐린아세트산염)<br>로렐린주사액(류프로렐린아세트산염)<br>엘리가드주45밀리그램(류프로렐린아세트산염)<br>엘리가드주30밀리그램(류프로렐린아세트산염)<br>엘리가드주22.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)<br>엘리가드주7.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)<br>루프린주3.75mg(류프로렐린아세트산염)<br>루프린디피에스주3.75밀리그램<br>(류프로렐린아세트산염)<br>루프린디피에스주11.25밀리그램<br>(류프로렐린아세트산염)<br>루프린디피에스주22.5밀리그램<br>(류프로렐린아세트산염) |
| 12 | 타목시펜<br>tamoxifen | 광동타목시펜정(타목시펜시트르산염)<br>광동타목시펜정20밀리그램(타목시펜시트르산염)<br>놀바덱스디정(타목시펜시트르산염)<br>놀바덱스정(타목시펜시트르산염) |

| 번호 | 성분명 (국문 및 영문) | 의약품명(국문) |
|---|---|---|
| | | 타모프렉스정10밀리그램(타목시펜시트르산염)<br>타모프렉스정20밀리그램(타목시펜시트르산염)<br>타목센정 |
| 13 | 토레미펜<br>toremifene | 화레스톤정40밀리그램(토레미펜시트르산염) |
| 14 | 트립토렐린<br>triptorelin | 데카펩틸-데포(트립토렐린아세트산염)<br>데카펩틸주0.1밀리그램(트립토렐린아세트산염)<br>디페렐린피알3.75밀리그람주(초산트립토렐린)<br>디페렐린피알주11.25밀리그람(파모산트립토렐린)<br>디페렐린에스알주22.5밀리그램<br>(트립토렐린파모산염) |
| 15 | 메게스트롤<br>megestrol | 메게시아정40mg(메게스트롤아세테이트)<br>메게시아정160mg(메게스트롤아세테이트)<br>네옥시아현탁액(메게스트롤아세테이트)<br>애피트롤내복현탁액(메게스트롤아세테이트)<br>메제트롤현탁액(메게스트롤아세테이트)<br>메가프렉스정40밀리그램(초산메게스트롤)<br>메가프렉스정160밀리그램(초산메게스트롤)<br>대원메게스트롤이에스현탁액(메게스트롤아세테이트)<br>대원초산메게스트롤현탁액<br>메게롤현탁액(메게스트롤아세테이트)<br>메게시아현탁액(메게스트롤아세테이트)<br>메게이스내복현탁액(메게스트롤아세테이트)<br>메게이스에프내복현탁액(메게스트롤아세테이트)<br>메게이트현탁액(메게스트롤아세테이트)<br>메게프로현탁액(메게스트롤아세테이트)<br>비씨메게스트롤현탁액(초산메게스트롤)<br>애피트롤이에스내복현탁액(메게스트롤아세테이트)<br>원광초산메게스트롤내복현탁액(수출용) |

| 번호 | 성분명 (국문 및 영문) | 의약품명(국문) |
|---|---|---|
| | | 제이트롤현탁액(메게스트롤아세테이트) |
| 16 | 아팔루타미드<br>apalutamide | 얼리다정(아팔루타마이드) |
| 17 | 시프로테론<br>cyproterone | 안드로쿨정(시프로테론아세테이트) |

[별표35]

## 폐렴 분류표

① 약관에서 규정하는 '폐렴'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴 | J12 |
| 폐렴연쇄구균에 의한 폐렴 | J13 |
| 인플루엔자균에 의한 폐렴 | J14 |
| 달리 분류되지 않은 세균성 폐렴 | J15 |
| 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴 | J16 |
| 달리 분류된 질환에서의 폐렴 | J17 |
| 상세불명 병원체의 폐렴 | J18 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표36]

## PSI지표 점수 산정

① PSI지표 점수는 대한결핵및호흡기학회의 폐렴 진료지침에서 환자의 중증도나 사망위험도에 따라 입원여부, 일반병동 및 중환자실 치료 등을 결정하는 객관적인 기준으로 사용하도록 권고하는 폐렴 중증도 판정도구로 세부내용은 다음과 같습니다.

| 구분 | 인자 | 점수 |
|---|---|---|
| 환자특성 | 남자 | 만 연령 |
| | 여자 | 만 연령-10 |
| | 요양시설 거주자 | +10 |
| 동반질환 | 악성종양 | +30 |
| | 간질환 | +20 |
| | 울혈성 심부전 | +10 |
| | 뇌혈관질환 | +10 |
| | 신장질환 | +10 |
| 신체검진 소견 | 의식변화(저하) | +20 |
| | 호흡수 ≥ 30/분 | +20 |
| | 수축기혈압 < 90mmHg | +15 |
| | 체온 < 35℃혹은 ≥40℃ | +15 |
| | 맥박수 ≥ 125/분 | +10 |

| 구분 | 인자 | 점수 |
|---|---|---|
| 검사실 /방사선 소견 | 동맥혈 pH < 7.35 | +30 |
| | BUN ≥ 30mg/dL | +20 |
| | Sodium(혈청 나트륨) < 130mEg/L | +10 |
| | Glucose(혈청 포도당) > 250mg/dL | +10 |
| | Hgb < 9g/dL (적혈구용적률 < 30%) | +10 |
| | $PaO_2$ (대기하 동맥혈 산소분압) < 60mmHg ($SaO_2$ < 90%) | +10 |
| | 흉막염(흉수저류) | +10 |

1. 동반질환
   · 악성종양 (일년이내 모든 종양, 단 피부 기저세포나 편평상피세포암 제외)
   · 간질환 : 임상적 또는 조직학적 간경화나 만성 활동성 간염
   · 울혈성 심부전 : 벙력, 신체검진 또는 검사소견으로 진단
   · 뇌혈관질환 : 임상적인 뇌졸중 또는 CT나 MRI로 증명된 경우
   · 신장질환 : 만성 신질환 또는 비정상적인 BUN이나 혈청 creatinine

2. 의식 변화(저하): 사람, 장소, 시간에 대한 인식 상실이나, 최근 의식 혼탁(stupor, coma)

[별표37]

## 특정패혈증 분류표

① 약관에서 규정하는 '특정패혈증'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 연쇄구균패혈증 | A40 |
| 기타 패혈증 | A41 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표38]

## 급성신우신염 분류표

① 약관에서 규정하는 '급성신우신염'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 급성세뇨관-간질신장염 | N10 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표39]

## 1-8종 수술 및 시술 분류표

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 간 이식 | 1. 간 이식 | A010 | 8 |
| 폐 이식 | 2. 폐 이식 | A020 | 8 |
| 심장 이식 | 3. 심장 이식 | A030 | 8 |
| 장 이식 | 4. 췌장 이식 | A040 | 8 |
| 소장 이식 | 5. 소장 이식 | A050 | 8 |
| 조혈모세포 이식 | 6. 조혈모세포 이식, 동종이식 | A061 | 8 |
| | 7. 조혈모세포 이식, 자가이식 | A062 | 8 |
| 신장 이식 | 8. 신장 이식 | A070 | 8 |
| 체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술미동반 | 9. 체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반 | A080 | 5 |
| 기관절개술 | 10. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 장기 사용 | A091 | 1 |
| | 11. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 단기 사용 | A092 | 1 |
| | 12. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 미사용 | A093 | 1 |
| | 13. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 장기 사용 | A094 | 1 |
| | 14. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 단기 사용 | A095 | 1 |
| | 15. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 미사용 | A096 | 1 |
| 사지 이식 | 16. 사지 이식 | A100 | 8 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 뇌동맥류수술 | 17. 복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반) | B011 | 8 |
| | 18. 단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반) | B012 | 8 |
| | 19. 복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반) | B013 | 8 |
| | 20. 단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반) | B014 | 8 |
| | 21. 뇌동맥류 색전술(뇌졸중 동반) | B015 | 6 |
| | 22. 뇌동맥류 색전술(뇌졸중 미동반) | B016 | 6 |
| | 23. 뇌동맥류 복합 수술(뇌졸중 동반) | B017 | 8 |
| | 24. 뇌동맥류 복합 색전술(뇌졸중 동반) | B018 | 6 |
| 뇌혈관수술 | 25. 두개내 혈관 수술(뇌졸중 동반) | B021 | 8 |
| | 26. 두개내 혈관 수술(뇌졸중 미동반) | B022 | 8 |
| | 27. 뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 동반) | B023 | 6 |
| | 28. 뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 미동반) | B024 | 6 |
| | 29. 경피적 뇌혈관 수술(협착·폐쇄 및 혈전제거 동시의 경우) | B025 | 6 |
| | 30. 경피적 뇌혈관 수술(협착 및 폐쇄의 경우) | B026 | 6 |
| | 31. 경피적 뇌혈관 수술(혈전제거의 경우) | B027 | 6 |
| 혈종제거술 및 기타개두술 (외상제외) | 32. 혈종제거술(외상 제외) | B031 | 8 |
| | 33. 두개내 감압술(외상 제외) | B032 | 8 |
| | 34. 두개골 성형술(외상 제외) | B033 | 8 |
| 두개외 혈관수술 | 35. 두개외 혈관수술(뇌졸중 동반) | B041 | 4 |
| | 36. 두개외 혈관수술(뇌졸중 미동반) | B042 | 4 |
| | 37. 경피적 두개외 혈관수술 | B043 | 4 |
| 뇌기저부 수술 | 38. 뇌기저부 수술 | B050 | 8 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 뇌종양 절제술 | 39. 복잡 천막상부 종양절제술 | B061 | 8 |
| | 40. 단순 천막상부 종양절제술 | B062 | 8 |
| | 41. 복잡 천막하부 종양절제술 | B063 | 8 |
| | 42. 단순 천막하부 종양절제술 | B064 | 8 |
| | 43. 경피적 뇌신경계 종양 수술 | B065 | 6 |
| | 44. 경비적 뇌하수체 종양 절제술 | B066 | 8 |
| 신경계 신경자극기 설치술 | 45. 신경계 신경자극기 설치술 | B070 | 7 |
| 뇌전증 수술 | 46. 뇌전증 수술(전극삽입술 시행) | B081 | 7 |
| | 47. 뇌전증 수술(전극삽입술 미시행) | B082 | 7 |
| 정위수술 | 48. 중추신경계 정위수술(뇌종양 및 기타 병소발생술) | B091 | 6 |
| | 49. 중추신경계 정위수술(두개내출혈) | B092 | 6 |
| | 50. 뇌정위 방사선 수술(두개내출혈 및 뇌혈관기형) | B093 | 6 |
| | 51. 뇌정위 방사선 수술(양성 뇌종양) | B094 | 6 |
| | 52. 뇌정위 방사선 수술(기타) | B095 | 6 |
| | 53. 중추신경계 체부 정위 방사선 수술 | B096 | 6 |
| 뇌신경 수술 | 54. 뇌신경 수술 | B100 | 6 |
| 뇌척수액 우회로조성술 | 55. 뇌척수액 우회로조성술 | B110 | 4 |
| 외상 개두술 | 56. 혈종제거술(외상관련), 경막외 출혈 | B121 | 7 |
| | 57. 혈종제거술(외상관련), 경막하 출혈 | B122 | 7 |
| | 58. 혈종제거술(외상관련), 기타 뇌내 출혈 | B123 | 7 |
| | 59. 두개내 감압술(외상관련) | B124 | 8 |
| | 60. 두개골 성형술(외상관련) | B125 | 8 |
| 기타 개두술 | 61. 기타 개두술 | B130 | 7 |
| 천두술 | 62. 천두술(경막하 또는 경막외) | B141 | 4 |
| | 63. 천두술(뇌내) | B142 | 4 |
| | 64. 천두술(기타) | B143 | 4 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 척추강내 병소절제술 | 65. 척수내 종양절제술 | B151 | 6 |
| | 66. 척추강내 병소절제술(척수병증 동반) | B152 | 6 |
| | 67. 척추강내 병소절제술(척수병증 미동반) | B153 | 6 |
| | 68. 척추강내 병소절제술(척추고정술 동반) | B154 | 6 |
| 척추변형 척추고정술 | 69. 청소년기 척추변형 척추고정술 | B161 | 5 |
| | 70. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반) | B162 | 5 |
| | 71. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반) | B163 | 5 |
| 기타 척추 수술 | 72. 척추고정술(척수병증 동반) | B171 | 4 |
| | 73. 척추고정술(척수병증 미동반) | B172 | 4 |
| | 74. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반) | B173 | 2 |
| | 75. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반) | B174 | 2 |
| | 76. 기타 척추 수술(척수병증 동반) | B175 | 1 |
| | 77. 기타 척추 수술(척수병증 미동반) | B176 | 1 |
| 척추 중재시술 | 78. 척추 중재시술(뼈에 시행한 경우) | B181 | 1 |
| | 79. 척추 중재시술(신경에 시행한 경우) | B182 | 1 |
| 신경절술 및 척추강내 약물주입 펌프이식술 | 80. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술 | B191 | 3 |
| | 81. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술 | B192 | 1 |
| 기타 신경계수술 | 82. 주요 말초 및 뇌 신경 수술 | B201 | 1 |
| | 83. 기타 말초 및 뇌 신경 수술 | B202 | 1 |
| | 84. 수근관 이완술 | B203 | 1 |
| | 85. 기타 근육, 건 및 인대 이완술 | B204 | 1 |
| | 86. 기타 신경계 수술 | B205 | 1 |
| 복잡 척추수술 | 87. 복잡 척추고정술 | B211 | 4 |
| | 88. 복잡 척추후궁절제술 | B212 | 2 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 안부 관통상 수술 | 89. 복잡 안부 관통상 수술 | C011 | 1 |
| | 90. 전안부 관통상 수술(수정체 수술 동반) | C012 | 1 |
| | 91. 전안부 관통상 수술(수정체 수술 미동반) | C013 | 1 |
| | 92. 후안부 관통상 수술 | C014 | 1 |
| 안와 수술 | 93. 복잡 안와 수술, 한쪽 | C021 | 2 |
| | 94. 복잡 안와 수술, 양쪽 | C022 | 2 |
| | 95. 단순 안와 수술 | C023 | 2 |
| 안구 수술(종양 수술 포함) | 96. 안구 수술(종양 수술 포함) | C030 | 2 |
| 망막 및 유리체 수술 | 97. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 동반) | C043 | 2 |
| | 98. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 미동반) | C044 | 2 |
| | 99. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 동반) | C045 | 2 |
| | 100. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 미동반) | C046 | 2 |
| 안구 표면재건술 | 101. 주요 각막이식수술 | C051 | 2 |
| | 102. 기타 각막이식수술 | C052 | 2 |
| | 103. 공막 및 각막윤부이식수술 | C053 | 2 |
| 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관) | 104. 주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽 | C061 | 1 |
| | 105. 기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽 | C062 | 1 |
| | 106. 주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽 | C063 | 1 |
| | 107. 기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽 | C064 | 1 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관) | 108. 주요 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽 | C071 | 1 |
| | 109. 기타 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽 | C072 | 1 |
| | 110. 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽 | C073 | 1 |
| 후발성 백내장 수술 | 111. 후발성 백내장 수술 | C080 | 1 |
| 녹내장 수술 | 112. 복잡 녹내장 수술(수정체 수술 동반) | C091 | 2 |
| | 113. 복잡 녹내장 수술(수정체 수술 미동반) | C092 | 2 |
| | 114. 단순 녹내장 수술(수정체 수술 동반) | C093 | 2 |
| | 115. 단순 녹내장 수술(수정체 수술 미동반) | C094 | 2 |
| 기타 안구내 수술 | 116. 기타 주요 안구내 수술 | C101 | 1 |
| | 117. 기타 단순 안구내 수술 | C102 | 1 |
| 사시 수술 | 118. 복잡 사시 수술 | C111 | 1 |
| | 119. 단순 사시 수술 | C112 | 1 |
| 안검 수술 | 120. 복잡 안검 수술, 제1형 | C121 | 1 |
| | 121. 복잡 안검 수술, 제2형 | C122 | 1 |
| | 122. 복잡 안검 수술, 제3형 | C123 | 1 |
| | 123. 주요 안검 수술, 제1형 | C124 | 1 |
| | 124. 주요 안검 수술, 제2형 | C125 | 1 |
| | 125. 주요 안검 수술, 제3형 | C126 | 1 |
| | 126. 기타 안검 수술 | C127 | 1 |
| 눈물길 수술 | 127. 복잡 눈물길 수술 | C131 | 1 |
| | 128. 주요 눈물길 수술, 한쪽 | C132 | 1 |
| | 129. 주요 눈물길 수술, 양쪽 | C133 | 1 |
| | 130. 기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 단안 | C135 | 1 |
| | 131. 기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 양안 | C136 | 1 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 결막 수술 | 132. 결막낭 재건술 | C141 | 1 |
| | 133. 복잡 결막 수술 | C142 | 1 |
| | 134. 단순 결막 수술 | C143 | 1 |
| 기타 안구외수술 | 135. 기타 안구외 수술 | C150 | 1 |
| 내이 수술 | 136. 귀 이식술 | D011 | 5 |
| | 137. 주요 내이 수술 | D012 | 3 |
| | 138. 단순 내이 수술 | D013 | 2 |
| 중이 및 유양돌기 수술 | 139. 고실유양돌기 수술 | D021 | 2 |
| | 140. 유양돌기 수술 | D022 | 2 |
| | 141. 고실 수술 | D023 | 2 |
| | 142. 이소골 재건술 | D024 | 2 |
| | 143. 등골수술 | D025 | 2 |
| | 144. 환기관삽입 고막절개술 | D026 | 2 |
| 외이 및 귀 수술 | 145. 주요 외이 및 귀 수술 | D031 | 1 |
| | 146. 단순 외이 및 귀 수술 | D032 | 1 |
| 귀 및 코의 악성종양 수술 | 147. 귀 및 두개저 악성종양 수술 | D041 | 7 |
| | 148. 비강, 부비동, 비인강 악성종양 | D042 | 7 |
| 부비동개방 수술 | 149. 부비동 개방 수술(한 개, 한쪽) | D051 | 1 |
| | 150. 부비동 개방 수술(한 개, 양쪽) | D052 | 1 |
| | 151. 부비동 개방 수술(여러 개, 한쪽) | D053 | 1 |
| | 152. 부비동 개방 수술(여러 개, 양쪽) | D054 | 1 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 내시경을 이용한 부비동 수술 | 153. 내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 한쪽) | D061 | 1 |
| | 154. 내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 양쪽) | D062 | 1 |
| | 155. 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽) | D065 | 1 |
| | 156. 복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽) | D066 | 1 |
| | 157. 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽) | D067 | 1 |
| | 158. 복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽) | D068 | 1 |
| 코 수술 | 159. 주요 코 수술 | D081 | 1 |
| | 160. 비중격 및 비갑개수술 | D082 | 1 |
| | 161. 단순 코 수술 | D083 | 1 |
| 구강 및 타액선 악성종양 수술 | 162. 구강 및 타액선 악성종양 수술 | D090 | 7 |
| 후두 및 인두 악성종양 수술 | 163. 주요 후두 및 인두 악성종양 수술(경동맥소체 포함) | D101 | 7 |
| | 164. 단순 후두 및 인두 악성종양 수술 | D102 | 7 |
| 경부림프절절제술 | 165. 경부림프절절제술, 한쪽 | D111 | 4 |
| | 166. 경부림프절절제술, 양쪽 | D112 | 4 |
| 안면골 수술 | 167. 악관절 수술 | D121 | 2 |
| | 168. 주요 안면골 수술 | D122 | 2 |
| | 169. 단순 안면골 수술 | D123 | 2 |
| 두경부 재건술 | 170. 두경부 재건술 | D130 | 2 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 타액선 수술 | 171. 이하선수술 | D141 | 2 |
| | 172. 악하선 및 설하선 수술 | D142 | 2 |
| | 173. 기타 타액선 수술 | D143 | 1 |
| | 174. 타석제거술 | D144 | 1 |
| 경부 수술 | 175. 경부 수술 | D150 | 1 |
| 편도 및 아데노이드 수술 | 176. 주요 편도 및 아데노이드 수술 | D161 | 1 |
| | 177. 단순 편도 및 아데노이드 수술 | D162 | 1 |
| 구강, 인후두 수술 | 178. 주요 구강 및 인두, 후두 수술 | D171 | 1 |
| | 179. 단순 구강 및 인두, 후두 수술 | D172 | 1 |
| 기타 이비인후, 구강 질환 수술 | 180. 기타 이비인후, 구강질환 수술 | D200 | 1 |
| 주요 흉부 수술 | 181. 기관 및 기관지 수술 | E011 | 7 |
| | 182. 주요 폐 수술(악성종양의 경우) | E012 | 7 |
| | 183. 주요 폐 수술(악성종양 제외) | E013 | 7 |
| | 184. 기타 폐 수술 | E014 | 7 |
| | 185. 종격동 수술 | E015 | 7 |
| | 186. 주요 흉곽 수술 | E016 | 7 |
| | 187. 기타 흉곽 수술 | E017 | 3 |
| | 188. 흉강경을 이용한 주요 수술 | E018 | 7 |
| | 189. 흉강경을 이용한 기타 수술 | E019 | 7 |
| 기관지경 및 방사선하 수술 | 190. 기관지경 및 방사선하 수술 | E020 | 2 |
| 기타 호흡기계 수술 | 191. 수면무호흡증후군 수술 | E032 | 1 |
| | 192. 호흡기계 기타 단순 수술 | E033 | 1 |
| | 193. 기타 호흡기계 수술 | E034 | 1 |
| 폐농양 배액술 | 194. 폐농양 배액술 | E520 | 1 |
| 흉막삼출 배액술 | 195. 흉막삼출 배액술 | E530 | 1 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 자동체내제세동기 시술 | 196. 자동체내제세동기 설치술 또는 제거술 | F011 | 5 |
| | 197. 자동체내제세동기 교정술 | F012 | 5 |
| 심장판막 수술(심도자술 사용) | 198. 대동맥판 수술(심도자술 사용) | F021 | 8 |
| | 199. 승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 사용) | F022 | 8 |
| | 200. 폐동맥판 수술(심도자술 사용) | F023 | 8 |
| 심장판막 수술(심도자술 미사용) | 201. 대동맥판 수술(심도자술 미사용) | F031 | 8 |
| | 202. 승모판 또는 삼첨판 수술(심도자술 미사용) | F032 | 8 |
| | 203. 폐동맥판 수술(심도자술 미사용) | F033 | 8 |
| 관상동맥 우회로 조성술 | 204. 관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 사용) | F041 | 8 |
| | 205. 관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 사용) | F042 | 8 |
| | 206. 관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 미사용) | F043 | 8 |
| | 207. 관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 미사용) | F044 | 8 |
| 기타 심흉부 수술 | 208. 기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 사용) | F053 | 7 |
| | 209. 기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 미사용) | F054 | 5 |
| 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용) | 210. 파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용) | F061 | 8 |
| | 211. 비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용) | F062 | 8 |
| | 212. 기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용) | F063 | 8 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용) | 213. 파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용) | F071 | 8 |
| | 214. 비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용) | F072 | 8 |
| | 215. 기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용) | F073 | 7 |
| 대동맥 경피적 수술 | 216. 복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 미동반) | F081 | 4 |
| | 217. 복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 동반) | F082 | 4 |
| | 218. 흉부대동맥류 경피적 수술 | F083 | 4 |
| | 219. 대동맥박리 경피적 수술 | F084 | 4 |
| 정맥 및 대정맥 경피적 수술 | 220. 심부정맥혈전증 경피적 수술 | F091 | 4 |
| | 221. 대정맥 필터설치를 위한 경피적 수술 | F092 | 4 |
| 경도관 심장결손 폐쇄술 | 222. 경도관 심방중격결손 폐쇄술 | F101 | 4 |
| | 223. 경도관 동맥관개존증 폐쇄술 | F102 | 4 |
| | 224. 기타 경도관 심장 결손 폐쇄술 | F103 | 4 |
| 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반) | 225. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 단일혈관) | F111 | 4 |
| | 226. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 다발혈관) | F112 | 4 |
| 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반) | 227. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 단일혈관) | F121 | 4 |
| | 228. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 다발혈관) | F122 | 4 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술 | 229. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외) | F133 | 4 |
| | 230. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함) | F134 | 4 |
| | 231. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외) | F135 | 4 |
| | 232. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함) | F136 | 4 |
| 부정맥의 경피적 수술(3차원 지도화 기능 포함) | 233. 심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함) | F141 | 4 |
| | 234. 심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함) | F142 | 4 |
| | 235. 발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함) | F143 | 4 |
| 부정맥의 경피적 수술(3차원 지도화 기능 미포함) | 236. 심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함) | F151 | 4 |
| | 237. 심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함) | F152 | 4 |
| | 238. 발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함) | F153 | 4 |
| 경피적 풍선 판막성형술 | 239. 경피적 승모판 풍선 판막성형술 | F161 | 4 |
| | 240. 경피적 대동맥 또는 폐동맥 풍선 판막성형술 | F162 | 4 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 혈관 기형의 경피적 수술 | 241. 동정맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외) | F181 | 4 |
| | 242. 관상동맥 및 폐동맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외) | F182 | 4 |
| 말초동맥의 경피적 수술 | 243. 말초동맥 색전증 및 혈전증의 경피적 수술 | F192 | 4 |
| | 244. 말초동맥 동맥류 및 박리의 경피적 수술 | F193 | 4 |
| | 245. 말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 여러 개 | F194 | 4 |
| | 246. 말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 한 개 | F195 | 4 |
| 기타 경피적 심혈관 수술 | 247. 기타 경피적 심혈관 수술 | F200 | 4 |
| 체내 심박조율기 설치술(급성 심근경색증, 심부전, 쇼크의 경우) | 248. 영구적 심박조율기 설치술 | F211 | 5 |
| | 249. 영구적 심박조율기 교환술 | F212 | 5 |
| | 250. 심박조율기 제거 및 전환술 | F213 | 1 |
| 기타 혈관 복구 수술 | 251. 기타 혈관 복구 수술 | F220 | 2 |
| 순환 장애 절단술(수족부 제외) | 252. 순환 장애 절단술(수족부 제외) | F230 | 7 |
| 순환 장애 수족부 절단술 | 253. 순환 장애 수족부 절단술 | F240 | 3 |
| 정맥 결찰 및 스트리핑 | 254. 정맥류 광범위 절제술(여러개) | F253 | 1 |
| | 255. 정맥류 광범위 절제술(한 개) | F254 | 1 |
| | 256. 정맥류 국소 절제술 | F252 | 1 |
| 기타 순환기계 수술 | 257. 기타 순환기계 수술 | F260 | 1 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 식도 수술 | 258. 식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술 | G011 | 7 |
| | 259. 기타 주요 식도 수술 | G012 | 5 |
| | 260. 기타 단순 식도 수술 | G013 | 4 |
| 직장절제술(림프절절제 동반) | 261. 복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 동반) | G021 | 7 |
| | 262. 개복에 의한 직장절제술(림프절절제 동반) | G022 | 7 |
| 직장절제술(림프절절제 미동반) | 263. 복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 미동반) | G031 | 7 |
| | 264. 개복에 의한 직장절제술(림프절절제 미동반) | G032 | 7 |
| 경항문 및 경천골 접근 직장절제술 | 265. 경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양의 경우) | G041 | 7 |
| | 266. 경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양 제외) | G042 | 7 |
| 주요십이지장수술 | 267. 주요 십이지장 수술 | G050 | 7 |
| 식도정맥류수술 | 268. 식도 정맥류 수술 | G060 | 5 |
| 위전절제술 | 269. 복강경을 이용한 위전절제술 | G071 | 7 |
| | 270. 개복에 의한 위전절제술 | G072 | 7 |
| 위아전절제술 | 271. 복강경을 이용한 위아전절제술 | G081 | 7 |
| | 272. 개복에 의한 위아전절제술 | G082 | 7 |
| 기타 위절제술 | 273. 복강경을 이용한 기타 위절제술 | G091 | 5 |
| | 274. 개복에 의한 기타 위절제술 | G092 | 5 |
| | 275. 복강경을 이용한 기타 설상절제술 | G093 | 5 |
| | 276. 개복에 의한 기타 설상절제술 | G094 | 5 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 소화성 궤양 수술 | 277. 복강경을 이용한 소화성 궤양 수술 | G101 | 4 |
| | 278. 개복에 의한 소화성 궤양 수술 | G102 | 4 |
| 기타 위 및 식도 수술 | 279. 복강경을 이용한 기타 위 및 식도 수술 | G111 | 4 |
| | 280. 개복에 의한 기타 위 및 식도 수술 | G112 | 4 |
| 결장 및 직장 전 절제술 | 281. 복강경을 이용한 결장 및 직장 전 절제술 | G121 | 7 |
| | 282. 개복에 의한 결장 및 직장 전 절제술 | G122 | 7 |
| 결장절제술(림프절절제 동반) | 283. 복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 동반) | G131 | 7 |
| | 284. 개복에 의한 결장절제술(림프절절제 동반) | G132 | 7 |
| 결장절제술(림프절절제 미동반) | 285. 복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 미동반) | G141 | 5 |
| | 286. 개복에 의한 결장절제술(림프절절제 미동반) | G142 | 5 |
| 기타 대장 수술 | 287. 복강경을 이용한 기타 대장 수술 | G151 | 4 |
| | 288. 개복에 의한 기타 대장 수술 | G152 | 4 |
| 소장 및 장간막 수술 | 289. 복강경을 이용한 주요 소장 및 장간막 수술 | G171 | 5 |
| | 290. 개복에 의한 주요 소장 및 장간막 수술 | G172 | 5 |
| | 291. 장폐색 수술 및 기타 장 수술 | G173 | 3 |
| 장루 수술 | 292. 장루 수술 | G180 | 3 |
| 횡격막 탈장 수술 | 293. 횡격막 탈장 수술 | G190 | 4 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외 | 294. 복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반) | G201 | 1 |
| | 295. 개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반) | G202 | 1 |
| | 296. 복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반) | G203 | 1 |
| | 297. 개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반) | G204 | 1 |
| 충수절제술 | 298. 복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단의 경우) | G211 | 3 |
| | 299. 복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우) | G212 | 3 |
| | 300. 개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단의 경우) | G213 | 3 |
| | 301. 개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우) | G214 | 3 |
| 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술 | 302. 복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽 | G221 | 1 |
| | 303. 복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽 | G222 | 1 |
| | 304. 개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽 | G223 | 1 |
| | 305. 개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽 | G224 | 1 |
| 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반) | 306. 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반) | G230 | 1 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반) | 307. 복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 한쪽 | G241 | 1 |
| | 308. 복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽 | G242 | 1 |
| 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반) | 309. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단의 경우), 한쪽 | G251 | 1 |
| | 310. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단이 아닌 경우), 한쪽 | G252 | 1 |
| | 311. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽 | G253 | 1 |
| 복수 항문 수술 | 312. 복수 항문 수술 | G260 | 1 |
| 치핵 수술 | 313. 주요 치핵 수술 | G271 | 1 |
| | 314. 단순 치핵 수술 | G272 | 1 |
| 항문 주위 농양 수술 | 315. 주요 항문 주위 농양 수술 | G281 | 1 |
| | 316. 단순 항문 주위 농양 수술 | G282 | 1 |
| 치루 수술 | 317. 주요 치루 수술 | G291 | 1 |
| | 318. 단순 치루 수술 | G292 | 1 |
| 치열 수술 및 항문협착증 수술 | 319. 치열 수술 및 항문협착증 수술 | G300 | 1 |
| 경항문 및 질접근 수술 | 320. 직장 질루 수술 | G311 | 1 |
| | 321. 직장 탈출증 수술 및 괄약근성형술(직장류교정술 포함) | G312 | 1 |
| 화농성한선염 수술 | 322. 화농성한선염 수술 | G320 | 1 |
| 기타 소화기계 수술 | 323. 기타 소화기계 수술 | G332 | 1 |
| 소화기계 질환의 혈관색전술 | 324. 소화기계 질환의 혈관색전술 | G340 | 3 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 위내시경 시술 | 325. 위내시경 시술(주요 소화기 질환의 경우) | G503 | 1 |
| | 326. 위내시경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우) | G504 | 1 |
| | 327. 위내시경 시술, 당일퇴원 | G505 | 1 |
| 결장경 시술 | 328. 결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우) | G523 | 1 |
| | 329. 결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우) | G524 | 1 |
| | 330. 결장경 시술, 당일퇴원 | G525 | 1 |
| 구불결장경 시술 | 331. 구불결장경 시술 | G531 | 1 |
| | 332. 구불결장경 시술, 당일퇴원 | G532 | 1 |
| 소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2일 이상 | 333. 소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2일 이상 | G540 | 1 |
| 소장내시경 시술 | 334. 소장내시경 시술 | G550 | 1 |
| 소화관 협착을 위한 방사선하 시술 | 335. 소화관 협착을 위한 방사선하 시술 | G560 | 2 |
| 소화기계 질환의 경피적 배액술 | 336. 소화기계 질환의 경피적 배액술 | G570 | 2 |
| 간담도췌장 복합수술 | 337. 간담도췌장 복합수술 | H010 | 7 |
| 간담도 복합수술 | 338. 주요 간담도 복합수술 | H021 | 7 |
| | 339. 기타 간담도 복합수술 | H022 | 5 |
| 담도췌장 복합수술 | 340. 담도췌장 복합수술 | H030 | 7 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 간 절제술 | 341. 복강경을 이용한 주요 간 절제술 | H041 | 7 |
| | 342. 개복에 의한 주요 간 절제술 | H042 | 7 |
| | 343. 복강경을 이용한 기타 간 절제술 | H043 | 5 |
| | 344. 개복에 의한 기타 간 절제술 | H044 | 5 |
| 간 수술 | 345. 복강경을 이용한 간 수술 | H051 | 4 |
| | 346. 개복에 의한 간 수술 | H052 | 4 |
| 간담도계 질환 치료를 위한 단락술 | 347. 간담도계 질환 치료를 위한 단락술 | H060 | 4 |
| 담도 절제술(림프절 절제 동반) | 348. 복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 동반) | H071 | 7 |
| | 349. 개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 동반) | H072 | 7 |
| 담도 절제술(림프절 절제 미동반) | 350. 복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 미동반) | H081 | 5 |
| | 351. 개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 미동반) | H082 | 5 |
| 주요 담도 수술 | 352. 복강경을 이용한 주요 담도 수술 | H091 | 5 |
| | 353. 개복에 의한 주요 담도 수술 | H092 | 5 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 담낭절제술 | 354. 복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반) | H101 | 4 |
| | 355. 개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반) | H102 | 4 |
| | 356. 복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반) | H103 | 4 |
| | 357. 개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반) | H104 | 4 |
| | 358. 복강경을 이용한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반) | H105 | 4 |
| | 359. 개복에 의한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반) | H106 | 4 |
| | 360. 복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반) | H107 | 4 |
| | 361. 개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반) | H108 | 4 |
| 췌장절제술 | 362. 복강경을 이용한 췌장절제술 | H111 | 7 |
| | 363. 개복에 의한 췌장절제술 | H112 | 7 |
| 췌장 수술 | 364. 복강경을 이용한 췌장 수술 | H121 | 4 |
| | 365. 개복에 의한 췌장 수술 | H122 | 4 |
| 기타 간담도 및 췌장 시술 | 366. 역행성담췌관내시경 시술 | H142 | 3 |
| | 367. 담석 제거를 위한 체외충격파쇄석술 | H143 | 1 |
| | 368. 기타 간담도 및 췌장 수술 | H144 | 3 |
| | 369. 경피적 담관경 시술 | H145 | 3 |
| | 370. 경피적 담관 시술 | H146 | 3 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 간담도 및 췌장의 경피적 시술 | 371. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양 제외) | H152 | 3 |
| | 372. 담도협착을 위한 경피적 시술 | H154 | 3 |
| | 373. 담석제거를 위한 경피적 시술 | H155 | 3 |
| | 374. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 동반 | H156 | 6 |
| | 375. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 미동반 | H157 | 6 |
| 출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술 | 376. 출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술 | H500 | 1 |
| 간암의 경피적 치료술 | 377. 간암의 경피적 치료술 | H510 | 6 |
| 간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술 | 378. 간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술 | H520 | 3 |
| 양쪽 또는 복수 주요 관절 수술 | 379. 양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술의 경우) | I011 | 4 |
| | 380. 양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술 제외) | I012 | 3 |
| 고관절 재치환술 및 치환술 | 381. 고관절 전재치환술 | I021 | 4 |
| | 382. 고관절 전치환술 | I022 | 4 |
| | 383. 고관절 부분치환술 | I023 | 4 |
| 슬관절 재치환술 및 치환술 | 384. 슬관절 전재치환술 | I031 | 3 |
| | 385. 슬관절 전치환술 | I032 | 3 |
| | 386. 슬관절 부분치환술 | I033 | 3 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 기타 관절 재치환술 및 치환술 | 387. 기타 관절 전재치환술 | I041 | 2 |
| | 388. 기타 관절 전치환술 | I042 | 2 |
| | 389. 기타 관절 부분치환술 | I043 | 2 |
| | 390. 인공관절삽입물 제거술 | I044 | 2 |
| 혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술 | 391. 혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술 | I050 | 4 |
| 척추강내 병소절제술 | 392. 척수내 종양절제술 | I061 | 6 |
| | 393. 척추강내 병소절제술(척수병증 동반) | I062 | 6 |
| | 394. 척추강내 병소절제술(척수병증 미동반) | I063 | 6 |
| | 395. 척추강내 병소절제술(척추고정술 동반) | I064 | 6 |
| 척추변형 척추고정술 | 396. 청소년기 척추변형 척추고정술 | I071 | 5 |
| | 397. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반) | I072 | 5 |
| | 398. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반) | I073 | 5 |
| 기타 척추 수술 | 399. 척추고정술(척수병증 동반) | I081 | 4 |
| | 400. 척추고정술(척수병증 미동반) | I082 | 4 |
| | 401. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반) | I083 | 2 |
| | 402. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반) | I084 | 2 |
| | 403. 기타 척추 수술(척수병증 동반) | I085 | 1 |
| | 404. 기타 척추 수술(척수병증 미동반) | I086 | 1 |
| 척추 중재시술 | 405. 척추 중재시술(뼈에 시행한 경우) | I091 | 1 |
| | 406. 척추 중재시술(신경에 시행한 경우) | I092 | 1 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 신경절술 및 척추강내 약물주입 펌프이식술 | 407. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술 | I101 | 3 |
| | 408. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술 | I102 | 1 |
| 절단술 | 409. 주요 절단술 | I111 | 7 |
| | 410. 기타 절단술 | I112 | 3 |
| 골종양의 절제술 | 411. 골악성종양의 광범위 절제술(재건술 동반) | I121 | 7 |
| | 412. 골악성종양의 광범위 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골) | I122 | 7 |
| | 413. 골악성종양의 광범위 절제술(기타) | I123 | 7 |
| | 414. 골양성종양의 소파술 또는 절제술 | I124 | 2 |
| 골수염 및 농양 수술 | 415. 골수염 및 농양 수술(골반골, 대퇴골, 하퇴골, 상완골, 전완골, 쇄골) | I131 | 2 |
| | 416. 골수염 및 농양 수술(기타) | I132 | 1 |
| | 417. 근농양 배농술 | I133 | 1 |
| 고관절 및 대퇴부 수술 | 418. 양쪽 또는 복수 고관절 및 대퇴부 수술 | I141 | 3 |
| | 419. 한쪽 고관절 및 대퇴부 수술 | I142 | 2 |
| 상완골, 경골 및 비골 수술 | 420. 상완골, 경골 및 비골 수술 | I160 | 2 |
| 단단성형술 | 421. 단단성형술(수족지 제외) | I171 | 2 |
| | 422. 단단성형술(수족지) | I172 | 2 |
| 견부 수술 | 423. 회전근개 수술 | I181 | 1 |
| | 424. 관절와순 수술 | I182 | 1 |
| | 425. 복수 진단 견부 수술 | I183 | 1 |
| | 426. 기타 견부 수술 | I184 | 1 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 슬부 수술 | 427. 십자인대 수술 | I191 | 1 |
| | 428. 반달연골 수술, 양쪽 | I192 | 1 |
| | 429. 반달연골 수술, 한쪽 | I193 | 1 |
| | 430. 기타 슬관절 수술 | I194 | 1 |
| 주관절 및 전완부 수술 | 431. 주관절 및 전완부 수술 | I200 | 1 |
| 족부 및 족관절 수술 | 432. 족부 및 족관절 힘줄인대 수술 | I211 | 1 |
| | 433. 족관절 골연골 병변 수술 | I212 | 1 |
| | 434. 기타 족부 및 족관절 수술 | I213 | 1 |
| 체내고정장치 제거술 | 435. 체내고정장치 제거술 | I220 | 1 |
| 완관절 및 수부 수술 | 436. 주요 완관절 및 수부 수술 | I251 | 1 |
| | 437. 단순 완관절 및 수부 수술 | I252 | 1 |
| 미세혈관 조직이식 또는 피부이식 | 438. 미세혈관 조직이식 | I261 | 3 |
| | 439. 기타 피판술 | I262 | 2 |
| | 440. 피부 및 지방 이식술 | I263 | 2 |
| 연조직 수술 | 441. 복잡한 연조직 수술 | I271 | 1 |
| | 442. 주요 연조직 수술 | I272 | 1 |
| | 443. 단순 연조직 수술 | I273 | 1 |
| 기타 골절 수술 | 444. 골반 및 비구 골절 수술 | I281 | 3 |
| | 445. 대퇴부 골절 수술 | I282 | 3 |
| | 446. 슬관절 및 하퇴골 골절 수술 | I283 | 3 |
| | 447. 족관절 및 족부 골절 수술 | I284 | 2 |
| | 448. 견부 및 상완골 골절 수술 | I285 | 3 |
| | 449. 전완부 골절 수술 | I286 | 2 |
| | 450. 수부 골절 수술 | I287 | 1 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 기타 결합조직 수술 | 451. 기타 결합조직 수술 | I290 | 1 |
| 복잡 인공관절치환술 | 452. 복잡 양쪽 또는 복수 인공관절치환술 | I301 | 4 |
| | 453. 복잡 인공관절전재치환술, 주요(고관절, 슬관절) | I302 | 4 |
| | 454. 복잡 인공관절전재치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절) | I303 | 2 |
| | 455. 복잡 인공관절전치환술, 주요(고관절, 슬관절) | I304 | 4 |
| | 456. 복잡 인공관절전치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절) | I305 | 2 |
| | 457. 복잡 인공관절부분치환술 | I306 | 3 |
| 복잡 척추 수술 | 458. 복잡 척추고정술 | I311 | 4 |
| | 459. 복잡 척추후궁절제술 | I312 | 2 |
| 복잡 관절 수술 | 460. 복잡 사지골절정복술 | I321 | 2 |
| | 461. 복잡 관절고정술 | I322 | 2 |
| | 462. 복잡 사지관절절제술 | I323 | 1 |
| | 463. 복잡 가관절수술 | I324 | 2 |
| | 464. 복잡 반월판연골절제술 | I325 | 1 |
| 복잡 근골격계 염증성 질환 수술 | 465. 복잡 화농성관절염절개술 | I331 | 1 |
| | 466. 복잡 골수염 및 농양수술 | I332 | 1 |
| 근골격계 질환의 경피적 배액술 | 467. 근골격계 질환의 경피적 배액술 | I500 | 1 |
| 피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식 | 468. 피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식 | J010 | 3 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부궤양, 봉소염의 경우) | 469. 피판술(피부궤양, 봉소염의 경우) | J021 | 2 |
| | 470. 피부 이식술(피부궤양, 봉소염의 경우) | J022 | 2 |
| 피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부궤양, 봉소염 제외) | 471. 피판술(피부궤양, 봉소염 제외) | J031 | 2 |
| | 472. 피부 이식술(피부궤양, 봉소염 제외) | J032 | 2 |
| 기타 피부, 피하조직수술 | 473. 피부 및 연조직 악성종양 적제술 | J041 | 4 |
| | 474. 피부 및 연조직 수술 | J042 | 1 |
| | 475. 기타 피부, 피하조직수술 | J043 | 1 |
| 유방재건술 | 476. 자가조직을 이용한 유방재건술 | J051 | 3 |
| | 477. 보형물을 이용한 유방재건술 | J052 | 3 |
| 주요 유방 수술 | 478. 근치 유방절제술 | J061 | 7 |
| | 479. 유방절제술(악성종양의 경우) | J062 | 7 |
| | 480. 유방절제술(악성종양 제외) | J063 | 2 |
| 단순 유방 수술 | 481. 진공흡입보조장치를 이용한 단순 유방수술 | J071 | 1 |
| | 482. 절개에 의한 단순 유방 수술 | J072 | 1 |
| 액와 수술 | 483. 액와 수술(악성종양의 경우) | J081 | 4 |
| | 484. 액와 수술(악성종양 제외) | J082 | 1 |
| 기타 유방 및 액와 수술 | 485. 기타 유방 및 액와 수술 | J090 | 1 |
| 항문 주위 및 모소 수술 | 486. 항문 주위 및 모소 수술 | J100 | 1 |
| | 487. 교감신경절제술 | J110 | 2 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 내분비, 영양 및 대사장애 절단술 | 488. 내분비, 영양 및 대사장애 절단술(수족부 제외) | K011 | 7 |
| | 489. 내분비, 영양 및 대사장애 수족부 절단술 | K012 | 3 |
| 뇌하수체 수술 | 490. 천막상부 종양 절제술 | K021 | 8 |
| | 491. 복잡 경비적 뇌하수체종양 절제술 | K023 | 8 |
| | 492. 단순 경비적 뇌하수체종양 절제술 | K024 | 8 |
| 부신 수술 | 493. 복강경을 이용한 부신수술 | K031 | 4 |
| | 494. 개복에 의한 부신수술 | K032 | 4 |
| 내분비, 영양 및 대사장애 피부이식 및 상처변연절제술 | 495. 내분비, 영양 및 대사장애 유리 피판술 | K041 | 2 |
| | 496. 내분비, 영양 및 대사장애 기타 피판술 | K042 | 2 |
| | 497. 내분비, 영양 및 대사장애 피부 이식술 | K043 | 2 |
| 부갑상선 수술 | 498. 내시경을 이용한 부갑상선 수술 | K051 | 2 |
| | 499. 절개에 의한 부갑상선 수술 | K052 | 2 |
| 주요 갑상선 악성 종양 수술 | 500. 주요 갑상선 악성 종양 수술(양쪽) | K063 | 4 |
| | 501. 주요 갑상선 악성 종양 수술(한쪽) | K064 | 4 |
| 주요 갑상선 악성 종양 제외 수술 | 502. 주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(양쪽) | K075 | 2 |
| | 503. 주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(한쪽) | K076 | 2 |
| 기타 갑상선 수술 | 504. 기타 갑상선 수술 | K080 | 1 |
| 기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술 | 505. 복강경을 이용한 비만대사수술 | K091 | 1 |
| | 506. 개복에 의한 비만대사수술 | K092 | 1 |
| | 507. 기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술 | K490 | 1 |
| 복막투석 도관 삽입술 | 508. 복막투석 도관 삽입술 | L010 | 2 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 신장 및 비뇨기계 신생물 수술 | 509. 주요 신장, 신우 및 요관 신생물 수술 | L021 | 7 |
| | 510. 기타 신장, 신우 및 요관 신생물 수술 | L022 | 7 |
| | 511. 주요 방광 및 골반 신생물 수술 | L023 | 7 |
| | 512. 기타 방광, 골반 및 요도 신생물 수술 | L024 | 5 |
| | 513. 경요도 요관 및 방광 신생물 수술 | L025 | 4 |
| | 514. 전립선 신생물 수술 | L026 | 4 |
| | 515. 복강경을 이용한 신장 및 비뇨기계 신생물 수술 | L027 | 7 |
| 신장 및 신우 수술 | 516. 복강경을 이용한 신장 및 신우 수술 | L031 | 4 |
| | 517. 개복에 의한 신장 및 신우 수술 | L032 | 4 |
| | 518. 경피적 신장 및 신우 수술, 한쪽 | L033 | 3 |
| | 519. 경피적 신장 및 신우 수술, 양쪽 | L034 | 3 |
| 요관 수술 | 520. 요관 수술 | L040 | 2 |
| 방광 수술 | 521. 개복에 의한 방광 수술 | L051 | 4 |
| | 522. 경피적 방광 수술 | L052 | 2 |
| | 523. 경요도 방광 수술 | L053 | 1 |
| 전립선 수술 | 524. 전립선 수술 | L060 | 2 |
| 요도 수술 | 525. 주요 요도 수술 | L071 | 1 |
| | 526. 요도경하 요도 수술 | L072 | 1 |
| | 527. 기타 요도 수술 | L073 | 1 |
| | 528. 복잡 요실금 수술 | L074 | 1 |
| | 529. 단순 요실금 수술 | L075 | 1 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 요로 결석 수술 | 530. 복강경을 이용한 요로 결석 수술 | L081 | 4 |
| | 531. 신장, 신우 및 요관 결석 수술 | L082 | 4 |
| | 532. 경요도적 요관 결석 수술 | L083 | 2 |
| | 533. 방광 및 요도 결석 수술 | L084 | 4 |
| | 534. 연성내시경하 수술 | L085 | 2 |
| 요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술 | 535. 요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 복잡 | L091 | 1 |
| | 536. 요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 단순 | L092 | 1 |
| 신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술 | 537. 신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술 | L101 | 3 |
| | 538. 신장 및 비뇨기 질환의 시험적 거치술 | L102 | 1 |
| 요로 질환 수술 | 539. 경요도 요로 질환 수술 | L111 | 1 |
| | 540. 외상 및 감염성 요로 질환 수술 | L112 | 1 |
| 기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술 | 541. 기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술 | L120 | 2 |
| 기타 신장 및 비뇨기계 시술 | 542. 혈액투석을 위한 단락 또는 동정맥루 조성술 | L131 | 2 |
| | 543. 혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 복잡 | L132 | 2 |
| | 544. 혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 단순 | L133 | 2 |
| | 545. 기타 신장 및 비뇨기계 시술 | L134 | 1 |
| 방광요도경 시술 | 546. 방광요도경 시술 | L510 | 1 |
| 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술 | 547. 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술 | L520 | 1 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술 | 548. 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술 | L530 | 1 |
| 남성 골반 수술 | 549. 남성 골반 수술 | M010 | 1 |
| 전립선 적출술 | 550. 주요 전립선 적출술 | M021 | 4 |
| | 551. 기타 전립선 적출술 | M022 | 3 |
| 기타 전립선 수술 | 552. 기타 전립선 수술 | M030 | 1 |
| 음경 수술 | 553. 복잡 음경 수술 | M041 | 1 |
| | 554. 단순 음경 수술 | M042 | 1 |
| | 555. 페이로니 병 수술 | M043 | 1 |
| 포경 수술 | 556. 포경 수술 | M050 | 1 |
| 요도 수술 | 557. 주요 요도 수술 | M061 | 1 |
| | 558. 단순 요도 수술 | M062 | 1 |
| 음낭 수술 | 559. 복잡 음낭 수술 | M071 | 1 |
| | 560. 단순 음낭 수술 | M072 | 1 |
| 고환 수술 | 561. 복강경을 이용한 복잡 고환 수술 | M081 | 4 |
| | 562. 개복에 의한 복잡 고환 수술 | M082 | 4 |
| | 563. 단순 고환 수술 | M083 | 1 |
| 기타 고환 수술 및 생식기 적출술 | 564. 복강경을 이용한 정계정맥류 | M091 | 4 |
| | 565. 개복에 의한 정계정맥류 | M092 | 4 |
| | 566. 고환 및 생식기 적출술 | M093 | 7 |
| 기타 남성생식기계 시술 | 567. 기타 남성생식기계 시술(악성종양의 경우) | M101 | 4 |
| | 568. 기타 남성생식기계 시술(악성종양 제외) | M102 | 1 |
| 방광요도경 시술 | 569. 방광요도경 시술 | M500 | 1 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 자궁 수술(악성종양의 경우) | 570. 복강경을 이용한 자궁 수술(악성종양의 경우) | N011 | 7 |
| | 571. 개복에 의한 자궁 수술(악성종양의 경우) | N012 | 7 |
| 주요 자궁절제술(악성종양 제외) | 572. 복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외) | N021 | 2 |
| | 573. 개복에 의한 주요 자궁 절제술(악성종양 제외) | N022 | 2 |
| 단순 자궁 수술(악성종양 제외) | 574. 복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양 제외) | N031 | 2 |
| | 575. 개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외) | N032 | 2 |
| 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우) | 576. 복강경을 이용한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우) | N041 | 7 |
| | 577. 개복에 의한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우) | N042 | 7 |
| 난소 수술(악성종양 제외) | 578. 복강경을 이용한 난소 수술(악성종양 제외) | N051 | 2 |
| | 579. 개복에 의한 난소 수술(악성종양 제외) | N052 | 2 |
| 부속기 수술(악성종양 제외) | 580. 복강경을 이용한 부속기 수술(악성종양 제외) | N061 | 2 |
| | 581. 개복에 의한 부속기 수술(악성종양 제외) | N062 | 2 |
| 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우) | 582. 복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우) | N071 | 6 |
| | 583. 개복에 의한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우) | N072 | 6 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외) | 584. 복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외) | N081 | 1 |
| | 585. 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외) | N082 | 1 |
| 기타 골반 수술 복원술 | 586. 복강경을 이용한 기타 골반 수술 | N091 | 1 |
| | 587. 개복에 의한 기타 골반 수술 | N092 | 1 |
| 주요 여성생식기계 복원술 | 588. 복강경을 이용한 주요 여성생식기계 복원술 | N101 | 1 |
| | 589. 개복에 의한 주요 여성생식기계 복원술 | N102 | 1 |
| 기타 여성생식기계 복원술 | 590. 기타 여성생식기계 복원술 | N110 | 1 |
| 복강경 수술 및 기타 난관 결찰술 | 591. 복강경 수술 | N121 | 1 |
| 자궁경 수술 | 592. 자궁경 수술 | N130 | 1 |
| 자궁소파술 | 593. 치료적 자궁소파술 | N141 | 1 |
| 기타 여성생식기계 수술 | 594. 복강경을 이용한 기타 여성생식기계 수술 | N161 | 1 |
| | 595. 개복에 의한 기타 여성생식기계 수술 | N162 | 1 |
| 여성생식기계 경피적 혈관 수술 | 596. 여성생식기계 경피적 혈관 수술 | N180 | 2 |
| 제왕절개분만 (단태아) | 597. 일반 제왕절개분만(단태아) | 0011 | 1 |
| | 598. 고위험 제왕절개분만(단태아) | 0012 | 1 |
| | 599. 질식분만 시도 후 제왕절개분만(단태아) | 0013 | 1 |
| 제왕절개분만 (다태아) | 600. 질식분만 시도 후 제왕절개분만(다태아) | 0022 | 1 |
| | 601. 일반 제왕절개분만(다태아) | 0023 | 1 |
| | 602. 고위험 제왕절개분만(다태아) | 0024 | 1 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술 시술 코드 | 수술 시술 종류 |
|---|---|---|---|
| 자궁외 임신 주요 수술 | 603. 복강경을 이용한 자궁외 임신 주요 수술 | 0081 | 4 |
| | 604. 개복에 의한 자궁외 임신 주요 수술 | 0082 | 4 |
| 자궁외 임신 기타 수술 | 605. 복강경을 이용한 자궁외 임신 기타 수술 | 0091 | 4 |
| | 606. 개복에 의한 자궁외 임신 기타 수술 | 0092 | 4 |
| 자궁경관봉축술 | 607. 치료적 자궁경관봉축술 | 0102 | 1 |
| 분만 및 유산 후 관련 장애(수술시행) | 608. 분만 및 유산 후 관련 장애(수술시행) | 0110 | 1 |
| 자궁소파술 및 흡인소파술 | 609. 자궁소파술 및 흡인소파술 | 0120 | 1 |
| 분만 및 유산 관련 자궁적출술 | 610. 분만 및 유산 관련 자궁적출술 | 0130 | 2 |
| 비장 절제술 | 611. 성인의 복강경을 이용한 비장 절제술 | Q012 | 4 |
| | 612. 성인의 개복에 의한 비장 절제술 | Q013 | 4 |
| 림프종 및 백혈병(주요 수술 시행) | 613. 림프종 및 백혈병(주요 수술 시행) | R010 | 4 |
| 기타 신생물 질환(주요 수술 시행) | 614. 기타 신생물 질환(주요 수술 시행) | R020 | 4 |
| 다발성 중요 외상 치료목적의 개두술 | 615. 다발성 중요 외상 치료목적의 개두술 | W010 | 8 |
| 다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술 | 616. 다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술 | W020 | 5 |
| 다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술 | 617. 다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술 | W030 | 6 |

| 구분 | 수술 및 시술명 | 수술시술코드 | 수술시술종류 |
|---|---|---|---|
| 다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술 | 618. 다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술 | W040 | 4 |
| 하지 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식 | 619. 하지 손상의 미세혈관 조직이식 | X011 | 3 |
| | 620. 하지 손상의 국소 피판 및 피부이식 | X012 | 2 |
| 수부 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식 | 621. 수부 손상의 미세혈관 조직이식 | X021 | 3 |
| | 622. 수부 손상의 국소 피판 및 피부이식 | X022 | 2 |
| 기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식 | 623. 기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식 | X030 | 3 |
| 하지 손상의 기타 수술 | 624. 하지 손상의 골 및 관절 수술 | X041 | 2 |
| | 625. 하지 손상의 기타 수술 | X042 | 1 |
| 수부 손상의 기타 수술 | 626. 수부 손상의 골 및 관절 수술 | X051 | 2 |
| | 627. 수부 손상의 기타 수술 | X052 | 1 |
| 기타 손상의 수술 | 628. 기타 손상의 수술 | X060 | 1 |
| 중증 화상(피부 이식 동반) | 629. 중증 화상(피부 이식 동반) | Y010 | 5 |
| 중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상을 동반) | 630. 중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상 동반) | Y020 | 2 |

주1) 상기의 「수술시술코드」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」분류체계에 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」중 회사가 정한 코드를 말합니다.

주2) 이 특별약관은 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」에서 분류된 「ADRG」중 다음의 「ADRG」는 보장하지 않습니다.

① 「ADRG」에서 주진단 범주(MDC)에 해당하는 첫번째 자리(알파벳)을 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 "60" ~ "99"에 해당하는 경우

**[예시]**
「ADRG」가 "B601"의 경우 첫번째 자리(알파벳(B))를 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 "60"이므로 이 특별약관에서 보장하지 않습니다.

② 아래 표에 기재된 「ADRG」

| 수술시술코드 | 수술 및 시술명 |
|---|---|
| B501 | 치료적 성분채집술 |
| B502 | 신경계 면역요법 |
| B510 | 뇌전증의 지속적 비디오 뇌파검사 감시 |
| B520 | 자기뇌파검사 지도화 |
| D070 | 코성형술 |
| D180 | 구순열 및 구개열 수술 |
| D191 | 치조골 수술 |
| D192 | 구강내 점막수술 |
| D193 | 단순 혀 수술 |
| D300 | 발치 |
| D502 | 치아 보존치료 |
| E031 | 호흡기 질환을 위한 진단적 시술 |
| E501 | 침습적 인공호흡기 96시간 이상(신대체요법 동반) |
| E502 | 침습적 인공호흡기 96시간 이상(신대체요법 미동반) |
| E511 | 침습적 인공호흡기 96시간 미만(신대체요법 동반) |
| E512 | 침습적 인공호흡기 96시간 미만(신대체요법 미동반) |
| E540 | 경기관지 폐생검 |

| 수술시술 코드 | 수술 및 시술명 |
|---|---|
| E550 | 폐흉부질환의 침흡인 생검 |
| F051 | 심장 중격결손증 수술 |
| F052 | 기타 복잡 심장 기형 교정술 |
| F171 | 선천성 심장병 협착 질환의 경피적 혈관성형술(스텐트 사용) |
| F172 | 경피적 심장내 혈관성형술(스텐트 사용) |
| F173 | 순환기계의 경피적 풍선 혈관성형술 |
| F501 | 심장 전기 생리 검사 |
| F502 | 심장질환을 위한 심도자술 및 혈관조영술 |
| F503 | 진단적 관상동맥 조영술 |
| F504 | 심근생검 |
| F505 | 심낭천자 |
| G161 | 선천성 거대결장 및 장무공증 수술 |
| G162 | 주요 직장항문 기형 수술 |
| G163 | 기타 직장항문 기형 수술 |
| G331 | 소화기계 질환을 위한 진단적 시술 |
| H131 | 간담도 진단적 시술(악성종양의 경우) |
| H132 | 간담도 진단적 시술(악성종양 제외) |
| H530 | 진단적 역행성담췌관내시경 |
| I230 | 관절경검사 |
| I240 | 생검을 포함한 골과 관절의 진단적 수술 |
| I510 | 근골격계 질환의 침생검 |
| J053 | 유두 및 유륜재건술 |
| J500 | 유방 질환의 침흡인생검 |
| K500 | 갑상선 질환의 침흡인생검 |
| L113 | 선천성 요로 질환 수술 |
| L500 | 요관경검사 |
| M094 | 정관 수술 |

| 수술시술 코드 | 수술 및 시술명 |
|---|---|
| M510 | 전립선 생검 |
| N122 | 복강경 검사 및 기타 난관 결찰술 |
| N142 | 진단적 자궁소파술 |
| N151 | 복강경을 이용한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술 |
| N152 | 개복에 의한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술 |
| N170 | 방사선원삽입요법(악성종양의 경우) |
| 0041 | 일반 질식분만(초산) |
| 0042 | 고위험 질식분만(초산) |
| 0051 | 일반 질식분만(경산) |
| 0052 | 고위험 질식분만(경산) |
| 0061 | 제왕절개술 기왕력이 있는 일반 질식분만 |
| 0062 | 제왕절개술 기왕력이 있는 고위험 질식분만 |
| 0073 | 질식분만(복합 수술 동반) |
| 0101 | 예방적 자궁경관봉축술 |
| 0141 | 분만 및 유산 관련 경피적 혈관 수술 |
| 0142 | 산욕기 관련 기타 경피적 혈관 수술 |
| P010 | 입원후 5일 미만에, 사망하거나 전원된 신생아(중요 수술 시행) |
| P020 | 신생아를 대상으로 한 심흉복부/혈관 수술 |
| P030 | 신생아, 입원시 체중 < 750g(중요 수술 시행) |
| P040 | 신생아, 입원시 체중 750-999g(중요 수술 시행) |
| P050 | 신생아, 입원시 체중 1000-1249g(중요 수술 시행) |
| P060 | 신생아, 입원시 체중 1250-1499g(중요 수술 시행) |
| P070 | 신생아, 입원시 체중 1500-1999g(중요 수술 시행) |
| P080 | 신생아, 입원시 체중 2000-2499g(중요 수술 시행) |
| P090 | 신생아, 입원시 체중 > 2499g(중요 수술 시행) |
| Q011 | 소아의 비장 절제술 |

| 수술시술코드 | 수술 및 시술명 |
|---|---|
| Q020 | 기타 혈액 및 조혈기관 수술 |
| R030 | 림프종 및 백혈병(기타 수술 시행) |
| R040 | 기타 신생물 질환(기타 수술 시행) |
| R500 | 치료적 성분채집술 |
| T011 | 패혈증 수술(합병증 동반) |
| T012 | 패혈증 수술(합병증 미동반) |
| T013 | 외상 후 감염 수술 |
| T014 | 수술 후 감염 수술 |
| T015 | 기타 감염 질환 수술 |
| U010 | 정신장애 치료목적의 수술 |
| W050 | 다발성 중요 외상 치료목적의 복부 혈관색전술 |
| Y030 | 기타 화상(피부이식 동반) |
| Z010 | 기타 보건의료서비스에 관한 수술 |

③ 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」에서 규정한 "Error DRG" 및 "960 DRG"
Error DRG : 961, 962, 963, 990, 99

※ "Error DRG"라 함은 "주진단 범주(MDC)"와 일치하지 않는 수술 등을 뜻합니다.

**[예시]**
거미막하출혈로 진단받고 경피적 심장판막성형술을 받은 경우는 주진단 범주(MDC)와 수술이 일치하지 않아 Error DRG가 생성되어 보장에서 제외됩니다.

※ "960 DRG"라 함은 "Error DRG"는 아니지만 입원 2일 이내에 조기사망한 환자(신생아 제외)를 뜻합니다. 다만, 통원일 또는 퇴원일을 기준으로 진료비세부내역서 등에서 확인되는 「수술시술코드」는 보장합니다.

※ 이 특별약관에서 수술시술코드 및 ADRG는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 기준)에서 정의된 ADRG코드 및 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2021-13호, 2021.1.22.)에서 정의된 수가코드, 제8차 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)에서 정의된 분류번호 기준이며, 향후 ADRG코드 및 수가코드, 분류번호가 변경된 경우에는 변경전 ADRG코드 및 수가코드, 분류번호에 준하여 수술시술코드 및 ADRG를 결정합니다.

[별표40]

## 3대질병 분류표

① 약관에서 규정하는 '3대질병'로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 구분 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|---|
| 관 절 염 | 감염성 관절병증<br>염증성 다발관절병증<br>(당뇨병성 관절병증 제외)<br>관절증<br>기타 관절 장애 | M00 ~ M03<br>M05 ~ M14<br>(M14.2)<br>M15 ~ M19<br>M20 ~ M25 |
| 백 내 장 | 노년 백내장<br>기타 백내장<br>수정체의 기타장애 | H25<br>H26<br>H27 |
| 생식기질환 | 남성생식기관의 질환 (남성불임 제외)<br>여성골반내 기관의 염증성 질환<br>여성생식기관의 비염증성 장애<br>(습관적 유산자 제외)<br>(여성불임 제외)<br>(인공 수정과 관련된 합병증 제외)<br>달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애 | N40~N45,N49~N51<br>N70 ~ N77<br>N80 ~ N95<br><br><br><br><br>N99 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

**[유의사항]**

한국표준질병사인분류 기준에 의거하여 상기 '3대질병' 중 일부는 아래와 같이 동시 진단될 수 있으며, 동시 진단 가능 코드가 기재된 진단서를 제출한 경우에도 보험금을 지급합니다.

| 3대질병 대상코드 | | 동시 진단 가능 코드 | |
|---|---|---|---|
| 대상이 되는 질병 | 분류번호 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
| 류마티스 폐질환 | M05.1+ | 류마티스 폐질환 | J99.0* |
| 달리 분류된 질환에서의 전립선장애 | N51.0* | 편모충성 전립선염 | A59.08+ |
| | | 결핵 전립선염 | A18.14+ |
| 달리 분류된 질환에서의 고환 및 부고환의 장애 | N51.1* | 볼거리고환염 | B26.0+ |
| | | 부고환의 결핵 | A18.14+ |
| 자궁경부의 결핵감염 | N74.0* | 여성 생식기관의 결핵 | A18.17+ |
| 결핵성 자궁내막염 | N74.1* | | |

주) N51.0~N51.1은 약관상 동시에 보장하고 있는 경우만 A18.14+도 보장합니다. 즉, N51.0~N51.1중 일부만 보장하는 경우 A18.14+는 보장하지 않습니다.
N74.0~N74.1은 약관상 동시에 보장하고 있는 경우만 A18.17+도 보장합니다. 즉, N74.0.0~N74.1중 일부만 보장하는 경우 A18.17+는 보장하지 않습니다.

[별표41]

## 뇌혈관질환(Ⅰ) 분류표

① 약관에서 규정하는 '뇌혈관질환(Ⅰ)'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중 | I64 |
| 2. 기타 뇌혈관질환 | I67 |
| 3. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애 | I68 |
| 4. 뇌혈관질환의 후유증 | I69 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표42]

## 뇌혈관질환(Ⅱ) 분류표

① 약관에서 규정하는 '뇌혈관질환(Ⅱ)'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 거미막하출혈 | I60 |
| 2. 뇌내출혈 | I61 |
| 3. 기타 비외상성 두개내 출혈 | I62 |
| 4. 뇌경색증 | I63 |
| 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 | I65 |
| 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착 | I66 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표43]

## 심혈관질환(특정Ⅰ,I49제외) 분류표

① 약관에서 규정하는 '심혈관질환(특정Ⅰ,I49제외)'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 협심증 | I20 |
| 2. 기타 급성 허혈심장질환 | I24 |
| 3. 만성 허혈심장병 | I25 |
| 4. 발작성 빈맥 | I47 |
| 5. 심방세동 및 조동 | I48 |
| 6. 심부전 | I50 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표44]

## 심혈관질환(주요심장염증) 분류표

① 약관에서 규정하는 '심혈관질환(주요심장염증)'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 급성 심장막염 | I30 |
| 2. 심장막의 기타질환 | I31 |
| 3. 달리 분류된 질환에서의 심장막염 | I32 |
| 4. 급성 및 아급성 심내막염 | I33 |
| 5. 상세불명 판막의 심내막염 | I38 |
| 6. 급성 심근염 | I40 |
| 7. 달리 분류된 질환에서의 심근염 | I41 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표45]

## 심혈관질환(특정Ⅱ) 분류표

① 약관에서 규정하는 '심혈관질환(특정Ⅱ)'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 급성심근경색증 | I21 |
| 2. 후속심근경색증 | I22 |
| 3. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증 | I23 |
| 4. 인공소생에 성공한 심장정지 | I46.0 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표46]

## 특정암 분류표

① 약관에서 규정하는 '특정암'로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 식도의 악성신생물 | C15 |
| 2. 간 및 간내 담관의 악성신생물 | C22 |
| 3. 담낭의 악성신생물 | C23 |
| 4. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물 | C24 |
| 5. 췌장의 악성신생물 | C25 |
| 6. 기관의 악성신생물 | C33 |
| 7. 기관지 및 폐의 악성신생물 | C34 |
| 8. 골 및 관절연골의 악성신생물 | C40 ~ C41 |
| - 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물 | C40 |
| - 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물 | C41 |
| 9. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물 | C70 ~ C72 |
| - 수막의 악성신생물 | C70 |
| - 뇌의 악성신생물 | C71 |
| - 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물 | C72 |
| 10. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물 | C81 ~ C96 |
| - 호지킨림프종 | C81 |
| - 소포성 림프종 | C82 |
| - 비소포성 림프종 | C83 |
| - 성숙 T/NK-세포림프종 | C84 |
| - 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종 | C85 |

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| - T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태 | C86 |
| - 악성 면역증식성 질환 | C88 |
| - 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물 | C90 |
| - 림프성 백혈병 | C91 |
| - 골수성 백혈병 | C92 |
| - 단핵구성 백혈병 | C93 |
| - 명시된 세포형의 기타 백혈병 | C94 |
| - 상세불명 세포형의 백혈병 | C95 |
| - 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물 | C96 |
| 11. 만성 골수증식질환 | D47.1 |
| 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군) | D47.5 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 한국표준질병사인분류 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.

⑥ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표47]

## 뇌출혈 분류표

① 약관에서 규정하는 '뇌출혈' 로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 거미막하출혈 | I60 |
| 2. 뇌내출혈 | I61 |
| 3. 기타 비외상성 두개내 출혈 | I62 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표48]

## 특정뇌혈관질환 분류표

① 약관에서 규정하는 '특정뇌혈관질환'로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 거미막하출혈 | I60 |
| 2. 뇌내출혈 | I61 |
| 3. 기타 비외상성 두개내 출혈 | I62 |
| 4. 뇌경색증 | I63 |
| 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 | I65 |
| 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착 | I66 |
| 7. 파열되지 않은 대뇌동맥의 박리 | I67.0 |
| 8. 파열되지 않은 대뇌동맥류 | I67.1 |
| 9. 모야모야 병 | I67.5 |
| 10. 두개내정맥계통의 비화농성 혈전증 | I67.6 |
| 11. 뇌아밀로이드 혈관병증 (E85.+) | I68.0 |
| 12. 달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 대뇌동맥염 | I68.0<br>I68.1 |
| 13. 달리 분류된 기타 질환에서의 대뇌동맥염 | I68.2 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표49]

## 특정허혈심장질환 분류표

① 약관에서 규정하는 '특정허혈심장질환'로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 불안정협심증 | I20.0 |
| 2. 연축의 기재가 있는 협심증 | I20.1 |
| 3. 급성 심근경색증 | I21 |
| 4. 후속 심근경색증 | I22 |
| 5. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증 | I23 |
| 6. 심근경색증을 유발하지 않은 관상동맥혈전증 | I24.0 |
| 7. 드레슬러증후군 | I24.1 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표50]

## 전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법

내 용

제1조(목적)

이 법은 전기통신금융사기를 방지하기 위하여 정부의 피해 방지 대책 및 금융회사의 피해 방지 책임 등을 정하고, 전기통신금융사기의 피해자에 대한 피해금 환급을 위하여 사기이용계좌의 채권소멸절차와 피해금환급절차 등을 정함으로써 전기통신금융사기를 예방하고 피해자의 재산상 피해를 신속하게 회복하는 데 이바지하는 것을 목적으로 한다.

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2014.1.28., 2016.5.29.>

1. "금융회사"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 기관을 말한다.
   가. 「은행법」에 따른 은행
   나. 「한국산업은행법」에 따른 한국산업은행
   다. 「중소기업은행법」에 따른 중소기업은행
   라. 「한국수출입은행법」에 따른 한국수출입은행
   마. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 투자매매업자·투자중개업자·집합투자업자·신탁업자·증권금융회사·종합금융회사 및 명의개서대행회사
   바. 「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행과 그 중앙회
   사. 「농업협동조합법」에 따른 농업협동조합과 그 중앙회 및 농협은행
   아. 「수산업협동조합법」에 따른 수산업협동조합과 그 중앙회
   자. 「신용협동조합법」에 따른 신용협동조합과 그 중앙회
   차. 「새마을금고법」에 따른 금고와 그 중앙회

| 내 용 |
| --- |
| 카. 「보험업법」에 따른 보험회사<br>타. 「우체국예금·보험에 관한 법률」에 따른 체신관서<br>파. 그 밖에 금융업무를 행하는 기관으로서 대통령령으로 정하는 기관<br>2. "전기통신금융사기"란 「전기통신기본법」 제2조제1호에 따른 전기통신을 이용하여 타인을 기망(欺罔)·공갈(恐喝)함으로써 재산상의 이익을 취하거나 제3자에게 재산상의 이익을 취하게 하는 다음 각 목의 행위를 말한다. 다만, 재화의 공급 또는 용역의 제공 등을 가장한 행위는 제외하되, 대출의 제공·알선·중개를 가장한 행위는 포함한다.<br>가. 자금을 송금·이체하도록 하는 행위<br>나. 개인정보를 알아내어 자금을 송금·이체하는 행위<br>2의2. "전자금융거래"란 금융회사가 전자적 장치를 통하여 금융상품 및 서비스를 제공하고, 이용자가 금융회사의 종사자와 직접 대면하거나 의사소통을 하지 아니하고 자동화된 방식으로 이를 이용하는 거래를 말한다.<br>3. "피해자"란 전기통신금융사기로 인하여 재산상의 피해를 입은 자를 말한다.<br>4. "사기이용계좌"란 피해자의 자금이 송금·이체된 계좌 및 해당 계좌로부터 자금의 이전에 이용된 계좌를 말한다.<br>5. "피해금"이란 전기통신금융사기로 인하여 피해자의 계좌에서 사기이용계좌로 송금·이체된 금전을 말한다.<br>6. "피해환급금"이란 피해금을 환급하기 위하여 제9조에 따라 소멸된 채권을 기초로 하여 제10조에 따라 산정되어 금융회사가 피해자에게 지급하는 금전을 말한다.<br>7. "이용자"란 금융회사와 체결한 계약에 따라 전자금융거래를 이용하는 자를 말한다.<br>제2조의2(전기통신금융사기에 대한 대응 등)<br>① 금융위원회는 전기통신금융사기의 발생에 대비하고 그 피해를 최소화하기 위하여 다음 각 호의 업무를 수행한다. |

| 내 용 |
| --- |
| 1. 전기통신금융사기에 관한 정보의 수집·전파<br>2. 전기통신금융사기에 대한 예보·경보<br>3. 그 밖에 대통령령으로 정하는 전기통신금융사기 대응조치<br>② 금융위원회는 전기통신금융사기의 발생을 방지하기 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 연도별 피해환급금 지급액 및 사기이용계좌 발생건수를 고려하여 금융위원회가 정하는 기준에 해당하는 금융회사나 그 임직원에 대하여 다음 각 호의 사항을 권고·요구 또는 명령하거나 그 개선계획을 제출할 것을 명할 수 있다.<br>1. 금융회사 및 임직원에 대한 주의·경고·견책(譴責) 또는 감봉<br>2. 금융회사가 전자금융거래 업무를 수행함에 있어 안전성과 신뢰성을 확보하기 위한 전산인력, 전산시설 및 전자적 장치 등의 개선 또는 보완에 관한 사항<br>③ 금융위원회는 제1항 및 제2항에 따른 업무의 전부 또는 일부를 「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」에 따라 설립된 금융감독원의 원장(이하 "금융감독원장"이라 한다)에게 위탁할 수 있다.<br>제2조의3(국제협력)<br>정부는 전기통신금융사기 피해 방지를 위하여 다른 국가 또는 국제기구와 상호 협력하여야 한다.<br>제2조의4(금융회사의 피해 방지 책임 등)<br>① 금융회사는 전기통신금융사기 피해 방지를 위하여 이용자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 하는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인임을 확인하는 조치(이하 "본인확인조치"라 한다)를 하여야 한다. 다만, 이용자가 국외에 체류하는 등의 사유로 본인확인조치를 하기 어려운 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에 해당하면 그러하지 아니하다.<br>1. 해당 금융회사에 대출을 신청하는 경우<br>2. 해당 금융회사와 체결한 계약에 따라 가입한 저축성 예금·적금· |

| 내 용 |
| --- |
| 부금 또는 그 밖에 대통령령으로 정하는 금융상품을 해지하는 경우<br>② 금융회사는 제1항을 위반하여 본인확인조치를 하지 않음으로써 이용자에게 손해가 발생한 경우에는 그 손해를 배상할 책임을 진다.<br><br>제2조의5(이용자계좌에 대한 임시조치)<br>① 금융회사는 자체점검을 통하여 이용자의 계좌가 전기통신금융사기의 피해를 초래할 수 있는 의심거래계좌(이하 "피해의심거래계좌"라 한다)로 이용되는 것으로 추정할 만한 사정이 있다고 인정되면 해당 이용자 계좌의 전부 또는 일부에 대하여 이체 또는 송금을 지연시키거나 일시 정지하는 조치(이하 "임시조치"라 한다)를 하여야 한다.<br>② 금융회사는 제1항에 따라 임시조치를 한 경우 지체 없이 해당 이용자에게 임시조치에 관한 사항을 통지하고 본인확인조치를 하여야 한다.<br>③ 금융회사는 제2항에 따른 본인확인조치 결과 해당 이용자의 계좌가 피해의심거래계좌에 해당하지 아니하는 경우에는 제1항에 따른 임시조치를 해제하여야 한다.<br><br>제3조(피해구제의 신청)<br>① 피해자는 피해금을 송금·이체한 계좌를 관리하는 금융회사 또는 사기이용계좌를 관리하는 금융회사에 대하여 사기이용계좌의 지급정지 등 전기통신금융사기의 피해구제를 신청할 수 있다.<br>② 제1항에 따라 피해구제의 신청을 받은 금융회사는 다른 금융회사의 사기이용계좌로 피해금이 송금·이체된 경우 해당 금융회사에 대하여 필요한 정보를 제공하고 지급정지를 요청하여야 한다.<br>③ 제1항에 따른 피해구제의 신청 및 제2항에 따른 지급정지의 요청에 관한 방법·절차 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.<br><br>제4조(지급정지) |

| 내 용 |
| --- |
| ① 금융회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 거래내역 등의 확인을 통하여 전기통신금융사기의 사기이용계좌로 의심할 만한 사정이 있다고 인정되면 즉시 해당 사기이용계좌의 전부에 대하여 지급정지 조치를 하여야 한다.<br>1. 제3조제1항에 따른 피해구제 신청 또는 제3조제2항에 따른 지급정지 요청이 있는 경우<br>2. 수사기관 또는 「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」에 따라 설립된 금융감독원(이하 "금융감독원"이라 한다) 등으로부터 사기이용계좌로 의심된다는 정보제공이 있는 경우<br>3. 제2조의5제2항에 따른 피해의심거래계좌에 대한 본인확인조치 결과 사기이용계좌로 추정되는 경우<br>4. 그 밖에 대통령령으로 정하는 경우<br>② 금융회사는 제1항에 따라 지급정지 조치를 한 경우 지체 없이 다음 각 호의 자에게 해당 지급정지 조치에 관한 사항을 통지하여야 한다. 다만, 제1호의 명의인의 소재를 알 수 없는 경우에는 금융회사의 인터넷 홈페이지 등에 지급정지 조치에 관한 사실을 공시하여야 한다.<br>1. 제1항에 따라 지급정지된 사기이용계좌의 명의인(이하 "명의인"이라 한다)<br>2. 제3조제1항에 따라 피해구제신청을 한 피해자<br>3. 피해금을 송금·이체한 계좌를 관리하는 금융회사<br>4. 금융감독원<br>5. 수사기관. 다만, 제1항제2호에 따라 정보를 제공한 경우에 한정한다.<br>③ 금융회사는 제1항제1호 또는 제2호를 위반하여 지급정지를 이행하지 아니함으로써 이용자에게 손해가 발생한 경우에는 그 손해를 배상할 책임을 진다.<br>④ 제1항 및 제2항에 따른 지급정지의 절차·통지 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. |

내 용

제4조의2(지급정지 이후 압류 금지 등)

누구든지 제4조에 따라 지급정지가 된 사기이용계좌의 채권 전부 또는 일부와 관련하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 할 수 없다. 다만, 제8조에 따라 지급정지가 종료된 후에는 그러하지 아니하다.

1. 손해배상 · 부당이득반환청구소송 등의 제기
2. 「민사집행법」에 따른 압류 · 가압류 또는 가처분의 신청
3. 「국세징수법」에 따른 체납절차의 개시
4. 질권(質權)의 설정

[본조신설 2016.1.27.]

제5조(채권소멸절차의 개시 공고)

① 금융회사는 제4조에 따라 지급정지 조치를 행한 경우 지체 없이 대통령령으로 정하는 바에 따라 금융감독원에 명의인의 채권이 소멸되는 절차(이하 "채권소멸절차"라 한다)를 개시하기 위한 공고를 요청하여야 한다. 다만, 명의인의 채권 전부 또는 일부가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2016.1.27.>

1. 제4조에 따라 지급정지 조치를 하기 전에 손해배상 · 부당이득반환 등의 청구소송이 제기되어 법원에 계속(係屬) 중인 경우
2. 제4조에 따라 지급정지 조치를 하기 전에 「민사집행법」에 따른 압류 · 가압류 또는 가처분의 명령이 집행된 경우
3. 제4조에 따라 지급정지 조치를 하기 전에 「국세징수법」에 따른 체납절차가 개시된 경우
4. 제4조에 따라 지급정지 조치를 하기 전에 질권이 설정된 경우

② 금융감독원은 제1항에 따라 채권소멸절차 개시의 공고 요청을 받은 경우 지체 없이 대통령령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 공고하여야 한다.

1. 전기통신금융사기와 관련하여 채권소멸절차가 개시되었다는 취지

내 용

2. 사기이용계좌와 관련된 금융회사, 점포 및 예금 등의 종별 및 계좌번호
3. 명의인의 성명 또는 명칭
4. 공고 전 피해구제 신청에 따라 채권소멸대상에 해당하는 채권의 금액
5. 제6조에 따른 채권소멸절차 개시 이후의 피해구제 신청의 방법 및 절차
6. 제7조에 따른 명의인의 이의제기 방법 및 절차
7. 제13조의2제1항에 따른 전자금융거래제한대상자로 지정되었다는 취지와 이의제기 방법 및 절차
8. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항

③ 금융감독원은 제2항에 따라 채권소멸절차의 개시에 관한 공고를 한 경우 지체 없이 명의인에게 채권소멸절차의 개시에 관한 사실을 통지하여야 한다. 다만, 명의인의 소재를 알 수 없는 경우에는 제2항에 따른 공고로 명의인에 대한 통지가 이루어진 것으로 본다.

제6조(채권소멸절차 개시 이후의 피해구제)

① 제5조제2항에 따라 채권소멸절차 개시의 공고가 이루어진 사기이용계좌의 피해자로서 채권소멸절차 개시의 공고 전에 피해구제를 신청하지 아니한 자는 금융회사에 대하여 제5조제2항에 따른 공고 일부터 2개월 이내에 피해구제의 신청을 할 수 있다.

② 제1항에 따른 피해구제 신청이 있는 경우 금융회사는 해당 거래내역 등을 확인하여 피해자로 인정된다고 판단하는 경우 금융감독원에 해당 피해금에 대한 채권소멸절차의 개시 공고를 요청하여야 한다.

③ 제2항에 따라 공고 요청을 받은 금융감독원은 지체 없이 해당 사항을 공고하여야 한다. 이 경우 채권소멸절차 개시의 공고 요청 및 공고에 관하여는 제5조제1항 및 제2항을 준용한다.

④ 금융회사 및 금융감독원은 채권소멸절차 개시 공고 전에 피해구제의 신청을 하지 아니한 피해자가 제1항에 따라 피해구제의 신청을 할 수 있도록 필요한 정보를 제공하는 등 적극적인 노력을 하여야

| 내 용 |
| --- |
| 한다.<br>제7조(지급정지 등에 대한 이의제기)<br>① 명의인은 제4조제1항에 따른 지급정지 또는 제13조의2제3항에 따른 전자금융거래 제한이 이루어진 날부터 제5조제2항에 따른 공고일을 기준으로 2개월이 경과하기 전까지 해당 계좌가 사기이용계좌가 아니라는 사실을 소명하여 지급정지, 전자금융거래 제한 및 채권소멸절차에 대하여 이의를 제기할 수 있다. <개정 2014.1.28.><br>② 제1항에 따른 이의제기를 접수한 금융회사는 이의제기 사실을 즉시 피해구제 신청을 한 피해자 및 금융감독원에 통지하여야 한다.<br>③ 명의인의 이의제기 방법 및 절차 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.<br><br>제8조(지급정지 등의 종료)<br>① 금융회사 및 금융감독원은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 사기이용계좌의 전부 또는 일부에 대하여 이 법에 따른 지급정지, 전자금융거래 제한 및 채권소멸절차를 종료하여야 한다. 다만, 제1호에 해당하는 경우에는 전자금융거래 제한을 종료하지 아니 한다. <개정 2014.1.28., 2016.1.27><br>1. 제5조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유가 발생한 경우<br>2. 제7조제1항에 따른 이의제기가 있는 경우<br>3. 금융감독원 또는 수사기관이 해당 계좌가 사기이용계좌가 아니라고 인정하는 경우<br>4. 피해환급금 지급이 종료된 경우<br>5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 경우<br>② 금융회사는 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 때에는 지급정지를 해제하지 아니한다.<br>1. 제5조제1항제1호에 따라 소송이 법원에 계속 중인 경우<br>2. 제7조제2항에 따라 명의인의 이의제기 사실을 피해자가 통보받은 날부터 2개월이 경과하기 전. 다만, 명의인이 해당 계좌가 사기이 |

| 내 용 |
| --- |
| 용계좌가 아니라는 사실을 충분히 소명하고 이에 상당한 이유가 있다고 인정되는 경우에는 지급정지를 해제할 수 있다.<br>③ 금융회사 또는 금융감독원은 제1항 및 제2항에 따라 지급정지 및 채권소멸절차를 종료한 경우 지체 없이 해당 명의인과 피해구제 신청을 한 피해자 및 관련 금융회사에 통지하여야 한다.<br><br>제9조(채권의 소멸)<br>① 명의인의 채권(제5조제2항 및 제6조제3항에 따른 채권소멸절차 개시 공고가 이루어진 금액에 한한다)은 제5조제2항에 따른 최초의 채권소멸절차 개시의 공고일부터 2개월이 경과하면 소멸한다.<br>② 금융감독원은 제1항에 따라 명의인의 채권이 소멸된 경우 다음 각 호의 사항을 해당 명의인, 제3조 및 제6조에 따라 피해구제를 신청한 피해자 및 관련 금융회사에게 통지하여야 한다. 다만, 명의인의 소재를 알 수 없는 경우에는 금융감독원 및 해당 금융회사의 인터넷 홈페이지 등에 해당 사실을 공시하여야 한다.<br>1. 제1항에 따라 해당 명의인의 채권이 소멸되었다는 사실<br>2. 소멸되는 채권의 금액<br>3. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항<br>제10조(피해환급금의 결정·지급)<br>① 금융감독원은 제9조제1항에 따라 채권이 소멸된 날부터 14일 이내에 피해환급금을 지급받을 자 및 그 금액을 결정하여 그 내역을 제3조제1항 및 제6조제1항에 따라 피해구제를 신청한 피해자 및 금융회사에 통지하여야 하고, 통지를 받은 금융회사는 지체 없이 피해환급금을 피해자에게 지급하여야 한다.<br>② 제1항의 피해환급금은 총피해금액이 소멸채권 금액을 초과하는 경우 소멸채권 금액에 각 피해자의 피해금액의 총피해금액에 대한 비율을 곱한 금액으로 하며, 그 외의 경우에는 해당 피해금액으로 한다.<br>③ 금융감독원은 제2항에 따른 피해환급금의 결정을 위하여 금융회사 |

내 용

에 필요한 자료의 제출을 요구할 수 있다.

④ 그 밖에 피해환급금의 결정 및 지급 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제11조(피해환급금을 지급받을 수 없는 자)

다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 피해환급금을 지급받을 수 없다.

1. 해당 전기통신금융사기로 인한 피해금의 전액 배상이 이루어진 경우의 피해자 및 그 승계인
2. 해당 전기통신금융사기 등과 관련하여 부당이득을 취한 자
3. 해당 전기통신금융사기 등에 공범으로 가담하였거나 자신에게 불법원인이 있는 자
4. 그 밖에 대통령령으로 정하는 자

제12조(손해배상청구권과의 관계)

피해자가 이 법에 따라 금융회사로부터 피해환급금을 지급받은 경우 해당 전기통신금융사기로 발생한 손해배상청구권 및 그 밖의 청구권은 환급을 받은 한도에서 소멸된다.

제13조(소멸채권 환급 청구)

① 제9조에 따라 채권이 소멸된 명의인이 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 경우에는 금융감독원에 소멸된 채권의 환급을 청구할 수 있다.

1. 소멸된 채권이 피해금에 해당하지 아니하는 경우
2. 제7조제1항에 따른 이의제기를 하지 못한 정당한 사유가 있는 경우

② 금융감독원은 제1항에 따른 환급금 지급을 위하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 보험 또는 공제에 가입하여야 한다.

제13조의2(사기이용계좌의 명의인에 대한 전자금융거래 제한)

① 금융감독원은 제5조제1항 또는 제6조제2항에 따라 채권소멸절차

내 용

개시의 공고 요청을 받은 경우 해당 명의인을 전자금융거래가 제한되는 자(이하 이 조에서 "전자금융거래제한대상자"라 한다)로 지정하여야 한다.

② 금융감독원은 제1항에 따라 명의인을 전자금융거래제한대상자로 지정한 경우 지체 없이 금융회사 및 명의인에게 이를 통지하여야 한다. 다만, 명의인의 소재를 알 수 없는 경우에는 제5조제2항에 따른 공고로 명의인에 대한 통지가 이루어진 것으로 본다.

③ 금융회사는 제2항에 따라 통지받은 전자금융거래제한대상자의 전자금융거래를 처리하여서는 아니 된다.

④ 금융감독원은 제1항에 따라 전자금융거래제한대상자로 지정된 자가 제8조제1항에 따라 전자금융거래의 제한이 해제된 때에는 전자금융거래제한대상자의 지정을 취소하고 이를 금융회사 및 명의인에게 통보하여야 한다.

[본조신설 2014.1.28.]

제13조의3(전기통신금융사기에 이용된 전화번호의 이용중지 등)

① 검찰총장, 경찰청장 또는 금융감독원장은 전기통신금융사기에 이용된 전화번호를 확인한 때에는 과학기술정보통신부장관에게 해당 전화번호에 대한 전기통신역무 제공의 중지를 요청할 수 있다. <개정 2017.7.26.>

② 제1항에 따른 요청으로 전기통신역무 제공이 중지된 이용자는 전기통신역무 제공의 중지를 요청한 기관에 이의신청을 할 수 있다.

③ 제2항에 따른 이의신청의 절차 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

[본조신설 2016.1.27.]

제14조(수수료)

금융감독원장은 피해환급금을 지급받은 피해자에 대하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 수수료를 받을 수 있다.

제14조의2(포상금의 지급)

| 내 용 |
| --- |
| ① 금융위원회는 전기통신금융사기의 사기이용계좌로 의심할 만한 사정을 수사기관 또는 금융감독원 등에 신고한 자에게 금융감독원장으로 하여금 금융감독원의 예산의 범위에서 포상금을 지급하게 할 수 있다.<br>② 제1항에 따른 포상금 지급대상자의 범위, 포상금 지급의 기준 및 절차 등에 필요한 사항은 금융위원회가 정하여 고시한다.<br><br>제15조(계좌자료 제공 등에 대한 특례)<br><br>금융회사 및 금융감독원은 제3조제2항, 제4조제2항, 제5조제1항·제2항, 제6조제2항부터 제4항까지, 제7조제2항, 제8조제3항, 제9조제2항, 제10조제3항 및 제13조의2제2항·제3항에 따라 필요한 자료를 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조에도 불구하고 요청·제공하거나 공고할 수 있다.<br><br>제15조의2(벌칙)<br><br>① 전기통신금융사기를 목적으로 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 한 자는 10년 이하의 징역 또는 1억원 이하의 벌금에 처한다.<br>1. 타인으로 하여금 컴퓨터 등 정보처리장치에 정보 또는 명령을 입력하게 하는 행위<br>2. 취득한 타인의 정보를 이용하여 컴퓨터 등 정보처리장치에 정보 또는 명령을 입력하는 행위<br>② 제1항의 미수범은 처벌한다.<br>③ 상습적으로 제1항의 죄를 범한 자는 그 죄에 대하여 정하는 형의 2분의 1까지 가중한다.<br><br>제16조(벌칙)<br><br>다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 3년 이하의 징역 또는 3천 |

| 내 용 |
| --- |
| 만원 이하의 벌금에 처한다.<br>1. 거짓으로 제3조제1항에 따른 피해구제를 신청한 자<br>2. 거짓으로 제3조제2항에 따른 지급정지를 요청한 자<br>3. 거짓으로 제6조제1항에 따른 피해구제를 신청한 자<br>4. 거짓으로 제7조제1항에 따른 이의제기를 한 자<br><br>제17조(양벌규정)<br><br>법인의 대표자나 법인 또는 개인의 대리인, 사용인, 그 밖의 종업원이 그 법인 또는 개인의 업무에 관하여 제15조의2 및 제16조의 위반행위를 하면 그 행위자를 벌하는 외에 그 법인 또는 개인에게도 해당 조문의 벌금형을 과(科)한다. 다만, 법인 또는 개인이 그 위반행위를 방지하기 위하여 해당 업무에 관하여 상당한 주의와 감독을 게을리하지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.<br><br>제18조(과태료)<br><br>① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에게는 1천만원 이하의 과태료를 부과한다.<br>1. 제2조의2제2항에 따른 개선계획을 제출·이행하지 아니한 금융회사<br>2. 제2조의4제1항을 위반하여 본인확인조치를 하지 아니한 금융회사<br>3. 제4조제1항제1호 또는 제2호를 위반하여 지급정지 등의 조치를 취하지 아니한 금융회사<br>4. 제5조제1항 또는 제6조제2항을 위반하여 채권소멸절차의 개시에 관한 공고 요청을 하지 아니한 금융회사<br>5. 제8조제1항을 위반하여 지급정지 및 채권소멸절차를 종료하지 아니한 금융회사<br>6. 제10조제1항을 위반하여 피해환급금을 피해자에게 지급하지 아니한 금융회사<br>7. 제13조의2제3항을 위반하여 전자금융거래를 처리한 금융회사 |

| 내 용 |
| --- |
| ② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에게는 500만원 이하의 과태료를 부과한다.<br>1. 제3조제2항을 위반하여 지급정지 요청을 하지 아니한 금융회사<br>2. 제4조제2항 각 호 외의 부분 본문을 위반하여 해당 지급정지 조치에 관한 사항을 통지하지 아니한 금융회사<br>3. 제7조제2항을 위반하여 명의인의 이의제기를 피해자에게 통지하지 아니한 금융회사<br>③ 제1항 및 제2항에 따른 과태료는 대통령령으로 정하는 바에 따라 금융위원회가 부과·징수한다. |

[별표51]

## 심혈관질환(I49) 분류표

① 약관에서 규정하는 '심혈관질환(I49)'로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
| --- | --- |
| 기타 심장부정맥 | I49 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표52]

## 카티(CAR-T)항암약물허가치료제 해당 의약품명 및 성분명 분류표

① 아래 '카티(CAR-T)항암약물허가치료제' 해당 의약품명 및 성분명은 2022년 5월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 '카티(CAR-T)항암약물허가치료제' 해당 여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

② 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

| 의약품명과 성분명 |
|---|
| - 성분명은 '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.<br>- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.<br>- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. '카티(CAR-T)항암약물허가치료제' 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다. |

| 번호 | 성분명<br>(국문 및 영문) | 의약품명(국문) |
|---|---|---|
| 1 | 티사젠렉류셀<br>Tisagenlecleucel | 킴리아주(티사젠렉류셀) |
| 2 | 실타캅타젠오토류셀<br>Ciltacabtagene Autoleucel | 카빅티주(실타캅젠오토류셀) |

[별표53]

## 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상 분류표

약관에서 규정하는 '중증질환자(뇌혈관)산정특례대상'은 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2021-362호,2022.3.1.시행)' 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

| 산정특례대상 및 적용기간 | 특정기호 |
|---|---|
| 1. '[별표53-1] 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병'에 해당하는 상병의 뇌혈관질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 '[별표53-2] 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술'에 해당하는 수술을 받은 경우 최대 30일. | V191 |
| 2. '[별표53-1] 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병'에서 I60~I62에 해당하는 상병의 중증 뇌출혈환자가 급성기에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일.<br>단, '[별표53-2] 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술'에 해당하는 수술을 받지 않은 경우. | V268 |
| 3. '[별표53-1] 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병'에서 I63에 해당하는 상병의 뇌경색증환자가 증상 발생 24시간 이내에 병원에 도착하여 입원진료중 NIHSS가 5점 이상인 경우 최대 30일.<br>단, '[별표53-2] 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술'에 해당하는 수술을 받지 않은 경우. | V275 |

주) 1. NIHSS란, National Institute of Health Stroke Scale의 약자로 의료 제공자가 뇌졸중으로 인한 손상을 객관적으로 정량화하는데 사용하는 도구입니다.

2. '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'에 따라 판단합니다.

[별표53-1]

## 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병

약관에서 규정하는 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환은 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2021-362호,2022.3.1.시행)' 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨1]에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

| 상병명 | 상병코드 |
|---|---|
| 뇌혈관질환 | I60~I67 |
| 경동맥의 동맥류 및 박리 | I72.0 |
| 후천성 동정맥루 | I77.0 |
| 순환계통의 기타 선천기형 | Q28.0~Q28.3 |
| 두개내손상 | S06 |

[별표53-2]

## 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술

약관에서 규정하는 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술은 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2021-362호,2022.3.1. 시행)' 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨1]에 해당하는 아래의 수술을 말합니다.

| 수술명 | 수술코드 |
|---|---|
| 혈종제거를 위한 개두술 | S4621,S4622 |
| 뇌동맥류수술 | S4641,S4642 |
| 뇌동정맥기형적출술 | S4653~S4658 |
| 두개강내 혈관문합술 | S4661,S4662 |
| 단락술 또는 측로조성술 | S4711~S4715 |
| 뇌엽절제술 | S4780 |
| 뇌 기저부 수술 | S4801~S4803 |
| 중추신경계정위수술 - 혈종제거 | S4756 |
| 경피적풍선혈관성형술 | M6593,M6594,M6597 |
| 경피적뇌혈관약물성형술 | M6599 |
| 경피적혈관내 금속스텐트삽입술 | M6601,M6602,M6605 |
| 경피적혈전제거술 | M6630,M6632,M6635,<br>M6636,M6637,M6639 |

| 수술명 | 수술코드 |
|---|---|
| 혈관색전술 | M1661~M1667,M6644 |
| 천두술 | N0322~N0324 |
| 개두술 또눈 두개절제술 | N0333 |
| 혈관내 죽종제거술 | 00226,00227,02066 |
| 경동맥결찰술 | S4670 |
| 뇌내시경수술 | S4744 |
| 뇌 정위적 방사선수술 | HD113~HD115 |

[별표54]

## 중증질환자(심장) 산정특례대상 분류표

약관에서 규정하는 '중증질환자(심장)산정특례대상'은 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2021-362호,2022.3.1.시행)' 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

| 산정특례대상 및 적용기간 | 특정기호 |
|---|---|
| '[별표54-1] 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병'에 해당하는 상병의 심장질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 '[별표54-2] 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술'에 해당하는 수술 또는 '[별표54-3] 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분'에 해당하는 약제를 투여받은 경우 최대 30일.<br>단, '[별표54-1] 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병'에 해당하는 상병 중 복잡 선천성 심기형질환자 또는 '[별표54-2] 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술'에 해당하는 수술 중 심장이식술을 받은 경우 최대 60일 | V192 |

주) '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'에 따라 판단합니다.

[별표54-1]

## 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병

약관에서 규정하는 본인일부부담금 산정특례 심장질환은 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2021-362호,2022.3.1.시행)' 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨2]에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

| 상병명 | 상병코드 |
|---|---|
| 심장의 양성 신생물 | D15.1 |
| 심장 침범이 있는 류마티스열 | I01 |
| 만성 류마티스심장질환 | I05~I09 |
| 허혈심장질환 | I20~I25 |
| 폐성 심장병 및 폐순환의 질환 | I26, I28 |
| 기타 형태의 심장병 | I30~I51 |
| 대동맥의죽상경화증 | I70.0 |
| 대동맥동맥류 및 박리 | I71 |
| 달리 분류된 질환에서의 동맥, 세동맥 및 모세혈관의 장애 | I79.0, I79.1 |
| 대동맥궁증후군[다까야수] | M31.4 |
| 순환계통의 선천기형 | Q20~Q25 |
| 대정맥혈관의 선천기형 | Q26.0~Q26.4,Q26.8, Q26.9 |
| 흉부 혈관의 손상, 심장의 손상 | S25~S26 |

[별표54-2]

## 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술

약관에서 규정하는 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술은 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2021-362호,2022.3.1.시행)' 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨2]에 해당하는 아래의 수술을 말합니다.

| 수술명 | 수술코드 |
|---|---|
| 동맥관 우회로 조성술 | 0A640,0A641, 0A647~0A649, 01640~01641, 01643~01649 |
| 심장 창상봉합술 | 01660 |
| 동맥관개존폐쇄술 | 01671, 01672 |
| 대동맥축착증수술 | 01680 |
| 폐쇄식 승모판 교련 절개술 | 01690 |
| 심혈관단락술 | 01701, 01702 |
| 폐동맥결찰술 | 01703, 01704 |
| 심방중격결손조성술 | 01705 |
| 심방, 심실중격결손증수술 | 01710,01711, 01721~01723 |
| 판막협착증수술 | 01730,01740, 01750,01760 |
| 심방중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술 | 01770 |
| 판막성형술 | 01781~01784 |
| 인공판막치환술 | 01791~01793, 01797 |
| 인공판막재치환술 | 01794~01796, 01798 |
| 비봉합 대동맥판막치환술 | 01799 |
| 활로씨 4 증후군 근본수술 | 01800 |
| 심실중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술 | 01810 |
| 심내막상결손증 수술 | 01821, 01822 |
| 좌심실류절제술 | 01823 |
| 좌심실용적축소성형술 | 01824 |
| 좌심실, 우심실 유출로 성형술 | 01825, 01826 |
| 관상동맥 내막절제술 | 01830 |
| 발살바동 동맥류파열수술 | 01840 |
| 동정맥기형교정술 | 01841 |
| 기타 복잡기형에 대한 심장수술 | 01851,01852 |
| 좌우폐동맥 성형술 | 01861 |
| 기능적 단심실증 교정술 | 01873, 01874 |
| 라스텔리씨수술 | 01875 |
| 총 폐정맥 환류이상증 수술 | 01878 |
| 대혈관전위증 수술 | 01879 |
| 심실 보조장치 치료술 | 00881,00882, 00883,00886, 00887,00888, 00889 |
| 인공심폐순환 | 01890 |
| 개흉심장마사지 | 01895 |

| 수술명 | 수술코드 |
|---|---|
| 부분체외순환 | 01901~01902 |
| 체외순환막형산화요법 | 01903~01904, 01907 |
| 국소관류 | 01910 |
| 대동맥내풍선펌프 | 01921, 01922 |
| 심낭루조성술 | 01931 |
| 심낭창형성술 | 01932, 01935 |
| 심막절제술 | 01940 |
| 폐동맥혈전제거술 | 01950 |
| 대동맥-폐동맥 창 폐쇄술 | 01960 |
| 심내이물제거술 | 01970 |
| 심장종양제거술 | 01981, 01982 |
| 심박기거치술 | 02001,02004, 02005,02009, 00203~00210, 00241~00243 |
| 부정맥수술 | 02006, 02007 |
| 심율동전환 제세동기거치술 | 00211,00212, 02211,02212 |
| 동맥류 절제술 | 02021,02022, 02031~02033 |
| 혈전제거술-심장 | 00260 |
| 경피적 동맥관개존 폐쇄술 | M6510 |
| 경피적 심방중격결손폐쇄술 | 0Z751 |
| 경피적 근성부 심실중격결손 폐쇄술 | M6513 |
| 경피적 심방중격절개술 | M6521, M6522 |
| 경피적 심장 판막성형술 | M6531~M6533 |

| 수술명 | 수술코드 |
|---|---|
| 부정맥의 고주파절제술 및 냉각절제술 | M6541~M6543, M6546~M6548, M6550,M0651, M0652 |
| 경피적 관상동맥확장술 | M6551,M6552, M6553,M6554 |
| 경피적 관상동맥스텐트삽입술 | M6561~M6564, M6565~M6567 |
| 경피적 관상동맥죽상반절제술 | M6571, M6572 |
| 경피적 대동맥판삽입 | M6580, M6581, M6582 |
| 경피적 폐동맥판 삽입술 | M6585 |
| 경피적 풍선혈관성형술 | M6595~M6597 |
| 경피적 혈관내 금속스텐트삽입술 | M6603~M6605 |
| 경피적 혈관내 스텐트-이식설치술 | M6611~M6613 |
| 경피적 혈관내 죽종제거술 | M6620 |
| 경피적 혈전제거술 | M6632,M6634, M6638,M6639 |
| 혈관색전술 | M6644 |
| 심장이식술 | Q8080 |
| 심장 및 폐이식술 | Q8103 |

[별표54-3]

## 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분

약관에서 규정하는 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분은 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2021-362호,2022.3.1.시행)' 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨2]에 해당하는 아래의 약제성분을 말합니다.

| 약제성분명 | 분류 |
|---|---|
| Alteplase | 주사제 |
| Tenecteplase | 주사제 |
| Urokinase | 주사제 |

[별표55]

## 1-5종수술Ⅲ 분류표

### Ⅰ. 일반 질병 및 상해 치료목적의 수술

| 구분 | 수술명 | 수술 종류 |
|---|---|---|
| 피부, 유방의 수술 | 1. 피부이식수술(25㎠이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외) | 3 |
| | 2. 피부이식수술(25㎠미만인 경우) | 1 |
| | 3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy) | - |
| | 3-1. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)(제자리암, 경계성종양) | 3 |
| | 3-2. 기타 유방절단수술(切斷術, Mastectomy) | 2 |
| | 4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 질병치료목적의 유방절제술(Mammotomy)는 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] | 1 |

| 구분 | 수술명 | 수술 종류 |
|---|---|---|
| 근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함] [치(齒)·치은·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함] | 5. 골(骨) 이식수술 | 2 |
| | 6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(코뼈)·비중격(鼻中隔)·상악골(위턱뼈)·하악골(아래턱뼈)·악관절(顎關節)은 제외함] | 3 |
| | 7. 비골(코뼈) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술 제외] | 1 |
| | 8. 상악골(위턱뼈), 하악골(아래턱뼈), 악관절(顎關節) 관혈수술 | 2 |
| | 9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술 | 3 |
| | 10. 쇄골(빗장뼈), 견갑골(어깨뼈), 늑골(갈비뼈), 흉골(胸骨) 관혈수술 | 2 |
| | 11. 사지(四肢) 절단수술 (다지증에 대한 절단수술은 제외함) | - |
| | 11-1. 손가락, 발가락 절단수술[골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것] | 1 |
| | 11-2. 기타 사지(四肢)절단수술 | 3 |
| | 12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것] | 3 |
| | 13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 | - |
| | 13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술 | 1 |
| | 13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 | 2 |
| | 14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술 | 1 |

| 구분 | 수술명 | 수술 종류 |
|---|---|---|
| 호흡기계, 흉부(胸部)의 수술 | 15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術) | 1 |
| | 16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술 | 3 |
| | 17. 편도, 아데노이드 절제수술 | 1 |
| | 18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것 ] | 4 |
| | 19. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함] | 5 |
| | 20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術) | 3 |
| | 21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것] | 4 |
| 순환기계, 비장(脾腸)의 수술 | 22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외) | 3 |
| | 23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술 | 1 |
| | 24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈),폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것] | 5 |
| | 25. 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 |

| 구분 | 수술명 | 수술 종류 |
|---|---|---|
| 소화기계의 수술 | 30. 이하선 절제수술 | 3 |
| | 31-1. 악하선, 설하선 절제수술 | 2 |
| | 31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외) | 1 |
| | 32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것] | 4 |
| | 33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것] | 4 |
| | 34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것] | 3 |
| | 35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] | 4 |
| | 36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] | 3 |
| | 37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것] | 5 |
| | 38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함) | 5 |
| | 39. 탈장(脫腸) 근본수술 | 1 |
| | 40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술 | 2 |
| | 41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術) | 2 |
| | 42. 직장탈(直腸脫) 근본수술 | 1 |
| | 43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술[개복술을 수반하는 것] (단, 직장탈근본수술은 제외) | 4 |
| | 44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함] | 1 |

| 구분 | 수술명 | 수술 종류 |
|---|---|---|
| 비뇨기계·생식기계의 수술 (인공임신중절수술은 제외함) | 45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외] | 4 |
| | 46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함] | 2 |
| | 47. 방광류·요실금 교정수술 | 1 |
| | 48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함] | 5 |
| | 49. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외) | 3 |
| | 50. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술 | 2 |
| | 51. 음낭관혈수술 | 1 |
| | 52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외) | 2 |
| | 53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] | 1 |
| | 54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術) | 1 |
| | 55. 질탈(膣脫)근본수술 | 1 |
| 내분비기계의 수술 | 56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술 | 5 |
| | 57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술 | 3 |
| | 58. 부신(副腎) 절제수술 | 4 |

| 구분 | 수술명 | 수술 종류 |
|---|---|---|
| 신경계의 수술 | 59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것] | 5 |
| | 60. 신경(神經) 관혈수술 | 2 |
| | 61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술 | 4 |
| | 62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술 | 3 |
| 시각기의 수술 [약물주입술은 제외] | 61. 안검하수증(눈꺼풀처짐증)수술(안검내반증 포함) | 1 |
| | 64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함) | 1 |
| | 65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술 | 2 |
| | 66. 결막낭(結膜囊) 형성수술 | 2 |
| | 67. 각막, 결막, 공막 봉합수술 | 1 |
| | 68. 각막, 공막 이식수술 | 2 |
| | 69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술 | 2 |
| | 70. 녹내장(綠內障) 관혈수술 | 3 |
| | 71 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술 | 1 |
| | 72. 망막박리(網膜剝離) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] | 2 |
| | 73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [시력회복 및 시력개선 목적의 수술은 제외] [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] | 1 |

| 구분 | 수술명 | 수술종류 |
|---|---|---|
| 시각기의 수술 [약물주입술은 제외] | 74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] | 2 |
| | 75. 안구적출술, 조직충전술(組織充塡術) | 3 |
| | 76. 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 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] | 1 |
| | 83. 내이(內耳) 관혈수술 | 3 |

| 구분 | 수술명 | 수술종류 |
|---|---|---|
| 상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음] | 84. 상기 이외의 개두술(開頭術) | 3 |
| | 85. 상기 이외의 개흉술(開胸術) | 3 |
| | 86. 상기 이외의 개복술(開腹術) | 2 |
| | 87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외 | 2 |
| | 88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피(피부를 통한)적 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 |

㈜ 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.

## Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술

| 수술명 | 수술종류 |
|---|---|
| 1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery)(단, 기타피부암(C44) 제외)<br>[내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피(피부를 통한)적 수술 등은 제외함] | 5 |
| 1-1. 기타피부암(C44) | 3 |
| 2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술<br>[수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] | 3 |
| 3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술<br>[수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] | 3 |

㈜ 1. 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 'Ⅰ. 일반 질병 및 상해치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.
3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.
- 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정합니다.
- 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 5종으로 인정하지 않습니다.

## Ⅲ. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

| 수술명 | 수술종류 |
|---|---|
| 1. 악성신생물 근치 방사선 조사<br>[5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함] | 3 |
| 2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료 | 3 |

㈜ 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

### (1~5종 수술Ⅲ 분류표 사용 지침)

1. '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 <1-5종수술Ⅲ분류표>에서 정한 행위(기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것)을 말합니다.
또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
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. <1-5종수술III분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준

<1-5종수술III분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 "수술'의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

1) <1-5종수술III분류표>상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 <1-5종수술III분류표>상의 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 경피(피부를 통한)적 수술인 경우에는 <1-5종수술III분류표> 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 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) 차단(NERVE BLOCK)
   ④ 미용성형 목적의 수술
   ⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
   ⑥ 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
   ⑦ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

[별표56-1]

## 다빈치로봇암수술 분류표

① 약관에서 규정하는 '다빈치로봇암수술'로 분류되는 의료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제3부(행위 비급여 목록) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

| 대상이 되는 의료행위 | 의료행위 수가코드 |
|---|---|
| 로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함]<br>- 다빈치 기기 da Vinci ® | QZ961 |

② 보건복지부에서 고시하는 '건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수' 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '다빈치로봇암수술'에 준하여 보장 여부를 결정합니다.

[별표56-2]

## 레보아이로봇암수술 분류표

① 약관에서 규정하는 '레보아이로봇암수술'로 분류되는 의료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제3부(행위 비급여 목록) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

| 대상이 되는 의료행위 | 의료행위 수가코드 |
|---|---|
| 로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] -<br>레보아이 기기 Revo-i | QZ964 |

② 보건복지부에서 고시하는 '건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수' 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '다빈치로봇암수술'에 준하여 보장 여부를 결정합니다

[별표57]

## 창상봉합술(급여)(안면/경부)대상 수가코드 분류표

① 약관에 규정하는 '창상봉합술(급여)(안면/경부)'로 분류되는 의료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2021-277호, 2021.12.01.시행)에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

| 대상이 되는 항목 | | 수가코드 |
|---|---|---|
| 창상봉합술(급여)(안면/경부)(A형) | 창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이1.5㎝미만) | S0021 |
| | 창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이1.5㎝이상~3.0㎝미만) | S0022 |
| | 창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,<br>길이1.5㎝미만) | SA021 |
| | 창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,<br>길이1.5㎝이상~3.0㎝미만) | SA022 |
| 창상봉합술(급여)(안면/경부)(B형) | **창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이3.0㎝이상~5.0㎝미만)** | S0027 |
| | **창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이5.0㎝이상~7.5㎝미만)** | S0028 |
| | **창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이7.5㎝이상~10.0㎝미만)** | S0029 |

| 대상이 되는 항목 | | 수가코드 |
|---|---|---|
| 창상봉합술(급여)(안면/경부)(B형) | 창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이10㎝이상, 5㎝마다 추가) | S0030 |
| | 창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이1.5㎝미만) | S0031 |
| | 창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이1.5㎝이상~3.0㎝미만) | S0032 |
| | 창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이3.0㎝이상~5.0㎝미만) | S0037 |
| | 창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이5.0㎝이상~7.5㎝미만) | S0038 |
| | 창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이7.5㎝이상~10.0㎝미만) | S0039 |
| | 창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이10㎝이상, 5㎝마다 추가) | S0040 |
| 창상봉합술(급여)(안면/경부)(C형) | 창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이3.0㎝이상~5.0㎝미만) | SA027 |
| | 창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이5.0㎝이상~7.5㎝미만) | SA028 |
| | 창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이7.5㎝이상~10.0㎝미만) | SA029 |

| 대상이 되는 항목 | | 수가코드 |
|---|---|---|
| 창상봉합술(급여)(안면/경부)(C형) | 창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이10㎝이상, 5㎝마다 추가) | SA030 |
| | 창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이1.5㎝미만) | SA031 |
| | 창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이1.5㎝이상~3.0㎝미만) | SA032 |
| | 창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이3.0㎝이상~5.0㎝미만) | SA037 |
| | 창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이5.0㎝이상~7.5㎝미만) | SA038 |
| | 창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이7.5㎝이상~10.0㎝미만) | SA039 |
| | 창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이10㎝ 이상, 5㎝마다 추가) | SA040 |

② 보건복지부에서 고시하는 '건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수' 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '창상봉합술(급여)(안면/경부)'에 준하여 보장 여부를 결정합니다.

[별표58]

## 창상봉합술(급여)(안면/경부외)대상 수가코드 분류표

① 약관에 규정하는 '창상봉합술(급여)(안면/경부외)'로 분류되는 의료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2021-277호, 2021.12.01.시행)에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

| 대상이 되는 항목 | | 수가코드 |
|---|---|---|
| 창상봉합술(급여)(안면/경부외)(A) | 창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,표재성,길이2.5cm미만) | SB021 |
| | 창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,표재성,길이2.5cm이상~5.0cm미만) | SB022 |
| | 창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,표재성,길이2.5cm미만) | SC021 |
| | 창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,표재성,길이2.5cm이상~5.0cm미만) | SC022 |
| 창상봉합술(급여)(안면/경부외)(B) | **창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,표재성,길이5.0cm이상~10.0cm미만)** | SB029 |
| | **창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,표재성,길이10cm이상, 10cm마다 추가)** | SB030 |
| | **창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이2.5cm미만)** | SB031 |
| 창상봉합술(급여)(안면/경부외)(B) | **창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이2.5cm이상~5.0cm미만)** | SB032 |
| | **창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이5.0cm이상~10.0cm미만)** | SB039 |
| | **창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이10cm이상, 10cm마다 추가)** | SB040 |
| 창상봉합술(급여)(안면/경부외)(C) | **창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,표재성,길이5.0cm이상~10.0cm미만)** | SC029 |
| | **창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,표재성,길이10cm이상, 10cm 마다 추가)** | SC030 |
| | **창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,근육,길이2.5cm 미만)** | SC031 |
| | **창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,근육,길이2.5cm이상~5.0cm미만)** | SC032 |
| | **창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,근육,길이5.0cm이상~10.0cm미만)** | SC039 |
| | **창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,근육,길이10cm이상, 10cm마다 추가)** | SC040 |

② 보건복지부에서 고시하는 '건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수' 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '창상봉합술(급여)(안면/경부외)'에 준하여 보장 여부를 결정합니다.

[별표59]

## 급여 특정NGS유전자패널검사 대상 수가코드

① 약관에서 규정하는 '급여 특정NGS유전자패널검사'라 함은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2021-167호 2021.7.1. 시행)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

| 대상이 되는 의료행위 | 의료행위 수가코드 |
|---|---|
| 차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사비-비유전성 유전자검사-고형암-Level Ⅰ | CB003 |
| 차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사비-비유전성 유전자검사-고형암-Level Ⅱ | CB004 |
| 차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사비-비유전성 유전자검사-혈액암-Level Ⅰ | CB005 |
| 차세대염기서열분석 기반 유전자패널검사비-비유전성 유전자검사-혈액암-Level Ⅱ | CB006 |

② 보건복지부에서 고시하는 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '급여 특정NGS유전자패널검사'에 준하여 '급여 특정NGS유전자패널검사' 수가코드'를 결정합니다.

③ 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 ' '급여 특정NGS유전자패널검사' 외에 ' '급여 특정NGS유전자패널검사'에 해당하는 의료행위가 있는 경우에는 그 의료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[별표60]

## 위암 분류표

① 약관에서 규정하는 '위암'로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 위의 악성신생물 | C16 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표61]

## 폐암 분류표

① 약관에서 규정하는 '폐암'로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 기관의 악성신생물 | C33 |
| 2. 기관지 및 폐의 악성신생물 | C34 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표62]

## 간/담낭/담도/췌장암 분류표

① 약관에서 규정하는 '간/담낭/담도/췌장암'로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 간 및 간내 담관의 악성신생물 | C22 |
| 2. 담낭의 악성신생물 | C23 |
| 3. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물 | C24 |
| 4. 췌장의 악성신생물 | C25 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표63]

## 비뇨기관(신장/방광/요관)암 분류표

① 약관에서 규정하는 '비뇨기관(신장/방광/요관)암'로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 신우를 제외한 신장의 악성신생물 | C64 |
| 2. 신우의 악성신생물 | C65 |
| 3. 요관의 악성신생물 | C66 |
| 4. 방광의 악성신생물 | C67 |
| 5. 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성신생물 | C68 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표64]

## 대장/소장/항문암 분류표

① 약관에서 규정하는 '대장/소장/항문암'로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 소장의 악성신생물 | C17 |
| 2. 결장의 악성신생물 | C18 |
| 3. 직장구불결장접합부의 악성신생물 | C19 |
| 4. 직장의 악성신생물 | C20 |
| 5. 항문 및 항문관의 악성신생물 | C21 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표65]

## 3대암 분류표

① 약관에서 규정하는 '3대암'로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 위의 악성신생물 | C16 |
| 2. 간 및 간내 담관의 악성신생물 | C22 |
| 3. 담낭의 악성신생물 | C23 |
| 4. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물 | C24 |
| 5. 기관의 악성신생물 | C33 |
| 6. 기관지 및 폐의 악성신생물 | C34 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표66]

## 특정부위 분류표

| 구 분 | 특 정 부 위 |
|---|---|
| 1 | 위, 십이지장 |
| 2 | 공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함) |
| 3 | 직장 |
| 4 | 항문 |
| 5 | 간 |
| 6 | 담낭(쓸개) 및 담관 |
| 7 | 췌장 |
| 8 | 비장 |
| 9 | 기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골(갈비뼈) 포함) |
| 10 | 코(외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함) |
| 11 | 인두 및 후두 (편도 포함) |
| 12 | 구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘) |
| 13 | 귀(외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함) |
| 14 | 안구 및 안구부속기 (안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함) |
| 15 | 신장 |
| 16 | 부신 |
| 17 | 요관, 방광 및 요도 |
| 18 | 음경 |
| 19 | 전립선 |
| 20 | 유방 (유선 포함) |
| 21 | 자궁 (자궁체부(자궁몸통) 포함) |
| 22 | 난소 및 난관 |
| 23 | 고환(고환초막(고환집막) 포함) 부고환, 정관, 정삭 및 정낭 |

| 구 분 | 특 정 부 위 |
|---|---|
| 24 | 갑상선 |
| 25 | 경추부 (해당신경 포함) |
| 26 | 흉추부 (해당신경 포함) |
| 27 | 요추부 (해당신경 포함) |
| 28 | 천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함) |
| 29 | 왼쪽 어깨 |
| 30 | 오른쪽 어깨 |
| 31 | 왼쪽 고관절 |
| 32 | 오른쪽 고관절 |
| 33 | 왼팔 (왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함) |
| 34 | 오른팔 (오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함) |
| 35 | 왼쪽 다리 (왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함) |
| 36 | 오른쪽 다리 (오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함) |
| 37 | 자궁체부(자궁몸통) (제왕절개술을 받은 경우에 한함) |
| 38 | 서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함) |
| 39 | 식도 |
| 40 | 대장(맹장, 직장 제외) |
| 41 | 피부(두피 및 입술 포함) |
| 42 | 상·하악골(위턱뼈 · 아래턱뼈) |
| 43 | 왼손(왼쪽 손목 관절 이하) |
| 44 | 오른손(오른쪽 손목 관절 이하) |
| 45 | 왼발(왼쪽 발목 관절 이하) |
| 46 | 오른발(오른쪽 발목 관절 이하) |
| 47 | 부갑상선 |
| 48 | 질 및 외음부 |
| 49 | 쇄골(빗장뼈) |
| 50 | 늑골(갈비뼈) |

[별표67]

## 특정질병 분류표

① 약관에서 규정하는 '특정질병'로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 구 분 | 대 상 질 병 | 분류번호 |
|---|---|---|
| 1 | 심장질환 | I00 ~ I02<br>I05 ~ I09<br>I20 ~ I25<br>I26 ~ I28<br>I30 ~ I52 |
| 2 | 뇌혈관질환 | I60 ~ I69 |
| 3 | 당뇨병 | E10 ~ E14, O24 |
| 4 | 고혈압질환 | I10 ~ I13, I15 |
| 5 | 결핵 | A15 ~ A19<br>B90 |
| 6 | 담석증 | K80 |
| 7 | 요로결석증 | N20, N21, N23 |

| 구 분 | 대 상 질 병 | 분류번호 |
|---|---|---|
| 8 | 골관절증 및 류마티스관절염 | M05 ~ M06<br>M08<br>M15 ~ M19 |
| 9 | 등병증 | M40 ~ M43<br>M45 ~ M51<br>M53 ~ M54 |
| 10 | 골반염 | N73 ~ N74 |
| 11 | 자궁내막증 | N80 |
| 12 | 자궁의 평활근종 | D25 |
| 13 | 하지의 정맥류 | I83 |
| 14 | 통풍 | E79, M10 |
| 15 | 지질단백질대사장애 및 기타 지질증 | E78 |
| 16 | 사시 | H49 ~ H51 |
| 17 | 탈장 | K40 ~ K46, N43 |
| 18 | 복막의 질환 | K65 ~ K67 |
| 19 | 골다공증 | M80 ~ M82 |
| 20 | 천식 | J45 ~ J46 |
| 21 | 난소의 양성신생물 | D27 |
| 22 | 바르톨린샘의 질환 | N75 |
| 23 | 여성 생식관의 폴립 | N84 |
| 24 | 백내장 | H25 ~ H26 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표68]

## 급여 특정중증치료(4종) 대상 수가코드

① 약관에서 규정하는 '급여 특정중증치료(4종)'라 함은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2021-167호 2021.7.1. 시행)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

| 급여 특정중증치료(4종)의 대상이 되는 의료행위 | | 의료행위 수가코드 |
|---|---|---|
| 인공호흡기 치료 (12시간 초과) | • 인공호흡(기관내삽관료 별도)-12시간초과1일당 (신생아 중환자실에서 고빈도 진동 호흡모드 이용)<br>• 인공호흡(기관내삽관료 별도)-12시간초과1일당 | M0860<br>M5860 |
| 저체온요법 | • 치료적저체온요법(1일당)<br>• 선택적 두부 저체온 요법<br>• 선택적 두부 저체온 요법-처치일 다음날부터 1일당 | M5970<br>M5990<br>M5991 |
| 대동맥 내 풍선펌프 | • 대동맥내풍선펌프<br>• 대동맥내풍선펌프-10시간초과익일부터(1일당) | 01921<br>01922 |
| 부분체외 순환 | • 부분체외순환<br>• 부분체외순환10시간초과익일부터(1일당)<br>• 체외순환막형산화요법-시술당일<br>• 체외순환막형산화요법-익일 이후(1일당) -10시간 초과 계속 사용<br>• 부분체외순환-ILA Membrane Ventilator 사용<br>• 부분체외순환10시간초과익일부터(1일당) -ILA Membrane Ventilator 사용 | 01901<br>01902<br>01903<br>01904<br>01905<br>01906 |

② 보건복지부에서 고시하는 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '급여 특정중증치료(4종)'에 준하여 '급여 특정중증치료(4종) 수가코드'를 결정합니다.

③ 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 '급여 특정중증치료(4종)' 외에 '급여 특정중증치료(4종)'에 해당하는 의료행위가 있는 경우에는 그 의료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[별표69]

## 급여 추간판장애 신경차단술 수가코드

① 약관에서 규정하는 '급여 추간판장애 신경차단술'라 함은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제 2021-167호 2021.7.1. 시행)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

| 내 용 | 수가코드 |
|---|---|
| 거미막하 신경차단술 | LA210 |
| 경막외 신경차단술 | |
| 가. 일회성 차단 | |
| (1) 경추 및 흉추 | LA321 |
| (2) 요추 및 천추 | LA322 |
| 나. 지속적 차단 | |
| (1) 피하터널식 카테터 삽입에 의한 방법 | LA222, LA223 |
| (2) 피하매몰 저장기펌프 삽입술에 의한 방법 | LA224, LA225 |
| (3) 기타(비터널식카테터)에 의한 방법 | LA226, LA227 |
| 다. 경막외패치술 [혈액채취료 포함] | LA228 |
| 경막외 저장기펌프 제거술 | LA330 |
| 뇌신경 및 뇌신경말초지차단술 | |
| 가. 삼차신경절, 상악신경, 하악신경 | LA340 |
| 나. 삼차신경의 분지 | LA341 |
| 다. 안면신경 | LA232 |
| 라. 설인신경 | LA233 |
| 마. 접구개신경절 | LA234 |
| 척수신경말초지차단술 | |
| 가. 대소후두신경 | LA241 |
| 나. 상후두신경 | LA242 |
| 다. 후두신경 | LA243 |
| 라. 횡격막신경 | LA244 |
| 마. 척추부신경 | LA245 |
| 바. 액와신경 | LA346 |
| 사. 액와하부신경 | LA347 |
| 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 |

| 내 용 | 수가코드 |
|---|---|
| (4) 하장간막신경총 | LA265 |
| (5) 상하복신경총 | LA366 |
| (6) 외톨이신경절 | LA367 |

② 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '급여 추간판장애 신경차단술'에 준하여 '급여 추간판장애 신경차단술'를 결정합니다.

[별표70]

## 심혈관질환(특정2대) 분류표

① 약관에서 규정하는 '심혈관질환(특정2대)'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 구 분 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|---|
| 특정 방실차단 및 전도장애 | 방실차단, 2도 | I44.1 |
| | 완전방실차단 | I44.2 |
| | 기타 및 상세불명의 심방실차단 | I44.3 |
| | 이중섬유속차단 | I45.2 |
| | 삼중섬유속차단 | I45.3 |
| 기타 심장부정맥 | 기타 심장부정맥 | I49 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병 에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표71]

## 유사암(양성뇌종양) 분류표

① 약관에서 규정하는 '양성뇌종양'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 구 분 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|---|
| 양성 뇌종양 | 수막의 양성 신생물<br>뇌 및 기타 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물 | D32<br>D33 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병 에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표72]

## 소송목적의 값에 따른 변호사비용

| 소송목적의 값 | 소송비용에 산입되는 비율 |
|---|---|
| 300만원까지 부분 | 30만원 |
| 300만원을 초과하여 2,000만원까지 부분<br>[30만원 + (소송목적의 값 - 300만원)x(10/100)] | 10% |
| 2,000만원을 초과하여 5,000만원까지 부분<br>[200만원 + (소송목적의 값 - 2,000만원)x(8/100)] | 8% |
| 5,000만원을 초과하여 1억원까지 부분<br>[440만원 + (소송목적의 값 - 5,000만원)x(6/100)] | 6% |
| 1억원을 초과하여 1억5천만원까지 부분<br>[740만원 + (소송목적의 값 - 1억원)x(4/100)] | 4% |
| 1억5천만원을 초과하여 2억원까지 부분<br>[940만원 + (소송목적의 값 -1억5천만원)x(2/100)] | 2% |
| 2억원을 초과하여 5억원까지 부분<br>[1,040만원 + (소송목적의 값 - 2억원)x(1/100)] | 1% |
| 5억원을 초과하는 부분<br>[1,340만원+ (소송목적의 값 - 5억원)x(0.5/100)] | 0.5% |

※ '변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙'에 정한 변호사비용이 변경되는 경우에는 변경된 규칙에 따릅니다.

[별표73]

## 민사소송 등 인지법에 정한 인지액

| 소송목적의 값 | 인지액 |
|---|---|
| 1천만원 미만 | 소송목적의 값 × 0.5% |
| 1천만원 ~ 1억원 미만 | 5,000원 + 소송목적의 값 × 0.45% |
| 1억원 ~ 10억원 미만 | 55,000원 + 소송목적의 값 × 0.4% |
| 10억원 이상 | 555,000원 + 소송목적의 값 × 0.35% |

※ '민사소송 등 인지법'에서 정한 인지액이 변경되는 경우에는 변경된 법에 따릅니다.

[별표74]

## 송달료 규칙에 정한 송달료(민사소송)

| 소송목적의 값 | 송달료 |
|---|---|
| 1심<br>민사소액 / 민사단독 / 민사합의 | 104,000원 / 156,000원 / 156,000원 |
| 항소심 / 상고심 | 124,800원 / 83,200원 |

※ 대법원이 정한 송달료 규칙이 변경되는 경우에는 변경된 규칙에 따릅니다.

[별표75]

## 송달료 규칙에 정한 송달료(행정소송)

| 사 건 | 송달료 |
|---|---|
| 1심 / 항소심 | 104,000 원 |
| 상고심 | 83,200 원 |

※ 대법원이 정한 송달료 규칙이 변경되는 경우에는 변경된 규칙에 따릅니다.

[별표76]

## 전이암 분류표

① 약관에서 규정하는 '전이암'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 상병 | | 분류번호 |
|---|---|---|
| 림프절전이암 | 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물 | C77 |
| 특정전이암 | 호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물<br>기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물<br>부위의 명시가 없는 악성 신생물 | C78<br>C79<br>C80 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병 에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표77]

## 유사암(양성뇌종양포함) 분류표

① 약관에서 규정하는 '유사암(양성뇌종양포함)'으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 구 분 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|---|
| 기타 피부암 | 기타 피부의 악성신생물(암) | C44 |
| 갑상선암 | 갑상선의 악성신생물(암) | C73 |
| 제자리암 | 구강, 식도 및 위의 제자리암종 | D00 |
| | 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종 | D01 |
| | 중이 및 호흡계통의 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 |
| 경계성종양 | 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D37 |
| | 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D38 |
| | 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 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 |
| 양성뇌종양 | 수막의 양성 신생물 | D32 |
| | 뇌 및 기타 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물 | D33 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표78]

## 특정 자궁및난소질환 분류표

① 약관에서 규정하는 '특정 자궁및난소질환' 으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 자궁의 평활근종 | D25 |
| 2. 자궁의 기타 양성 신생물 | D26 |
| 3. 난소의 양성 신생물 | D27 |
| 4. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물 | D28 |
| 5. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D39 |
| 6. 자궁경부의 염증성 질환 | N72 |
| 7. 자궁내막증 | N80 |
| 8. 여성생식관을 침범한 누공 | N82 |
| 9. 여성생식관의 폴립 | N84 |
| 10. 자궁경부의 미란 및 외반 | N86 |
| 11. 자궁경부의 이형성 | N87 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표79]

## 특정 전립선및방광질환 분류표

① 약관에서 규정하는 '특정 전립선및방광질환'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 남성생식기관의 양성 신생물 | D29 |
| 2. 비뇨기관의 양성 신생물 | D30 |
| 3. 갑상선의 양성 신생물 | D34 |
| 4. 기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물 | D35 |
| 5. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D37 |
| 6. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D38 |
| 7. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D40 |
| 8. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D41 |
| 9. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D44 |
| 10. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D47.7 |
| 11. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D48 |
| 12. 폐색성 및 역류성 요로병증 | N13 |
| 13. 상세불명의 신장위축 | N26 |
| 14. 원인불명의 작은 신장 | N27 |
| 15. 요도염 및 요도증후군 | N34 |
| 16. 요도협착 | N35 |
| 17. 전립선증식증 | N40 |
| 18. 전립선의 염증성 질환 | N41 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표80]

## 특정 내분비및소화계질환 분류표

① 약관에서 규정하는 '특정 내분비및소화계질환'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 기타 비독성 고이터 | E04 |
| 2. 갑상선독증[갑상선기능항진증] | E05 |
| 3. 쿠싱증후군 | E24 |
| 4. 사타구니탈장 | K40 |
| 5. 배꼽탈장 | K42 |
| 6. 복벽탈장 | K43 |
| 7. 횡격막탈장 | K44 |
| 8. 담석증 | K80 |
| 9. 담낭의 기타 질환 | K82 |
| 10. 담도의 기타 질환 | K83 |
| 11. 췌장의 기타 질환 | K86 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다

[별표81]

## 특정순환계질환 I 분류표

① 약관에서 규정하는 '특정순환계질환 I'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 급성 류마티스열 | I00-I02 |
| 2. 만성 류마티스심장질환 | I02-I09 |
| 3. 고혈압성 질환 | I10-I15 |
| 4. 기타 급성 허혈심장질환 | I24 |
| 5. 죽상경화성 심혈관질환으로 기술된 것 | I25.0 |
| 6. 죽상경화성 심장병 | I25.1 |
| 7. 심장의 동맥류 | I25.3 |
| 8. 관상동맥류 및 박리 | I25.4 |
| 9. 허혈심근병증 | I25.5 |
| 10. 무증상성 심근허혈 | I25.6 |
| 11. 기타 형태의 만성 허혈심장병 | I25.8 |
| 12. 상세불명의 만성 허혈심장병 | I25.9 |
| 13. 폐성 심장병 및 폐순환의 질환 | I26-I28 |
| 14. 급성 심장막염 | I30 |
| 15. 심장막의 기타 질환 | I31 |
| 16. 달리 분류된 질환에서의 심장막염 | I32 |
| 17. 급성 및 아급성 심내막염 | I33 |
| 18. 비류마티스성 승모판장애 | I34 |
| 19. 비류마티스성 대동맥판장애 | I35 |
| 20. 비류마티스성 삼첨판장애 | I36 |
| 21. 폐동맥판장애 | I37 |
| 22. 상세불명 판막의 심내막염 | I38 |
| 23. 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애 | I39 |
| 24. 급성 심근염 | I40 |
| 25. 달리 분류된 질환에서의 심근염 | I41 |
| 26. 심근병증 | I42 |
| 27. 달리 분류된 질환에서의 심근병증 | I43 |
| 28. 방실차단 및 좌각차단 | I44 |
| 29. 기타 전도장애 | I45 |

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 30. 인공소생에 성공한 심장정지 | I46.0 |
| 31. 발작성 빈맥 | I47 |
| 32. 심방세동 및 조동 | I48 |
| 33. 기타 심장부정맥 | I49 |
| 34. 심부전 | I50 |
| 35. 심장병의 불명확한 기록 및 합병증 | I51 |
| 36. 달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애 | I52 |
| 37. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중 | I64 |
| 38. 기타 뇌혈관질환 | I67 |
| 39. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애 | I68 |
| 40. 뇌혈관질환의 후유증 | I69 |
| 41. 동맥, 세동맥 및 모세혈관의 질환 | I70-I79 |
| 42. 정맥염 및 혈전정맥염 | I80 |
| 43. 문맥혈전증 | I81 |
| 44. 기타 정맥의 색전증 및 혈전증 | I82 |
| 45. 하지의 정맥류 | I83 |
| 46. 식도정맥류 | I85 |
| 47. 기타 부위의 정맥류 | I86 |
| 48. 비특이성 림프절염 | I88 |
| 49. 림프관 및 림프절의 기타 비감염성 장애 | I89 |
| 50. 달리 분류되지 않은 순환계통의 처치후 장애 | I97 |
| 51. 달리 분류된 질환에서의 순환계통의 기타 장애 | I98 |
| 52. 순환계통의 기타 및 상세불명의 장애 | I99 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표82]

## 심·뇌혈관질환(특정Ⅲ) 분류표

① 약관에서 규정하는 '심·뇌혈관질환(특정Ⅱ)'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | | 분류번호 |
|---|---|---|
| 뇌혈관질환(Ⅱ) | 1. 거미막하출혈 | I60 |
| | 2. 뇌내출혈 | I61 |
| | 3. 기타 비외상성 두 개내 출혈 | I62 |
| | 4. 뇌경색증 | I63 |
| | 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 | I65 |
| | 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착 | I66 |
| 심혈관질환<br>(특정Ⅲ) | 1. 불안정협심증 | I20.0 |
| | 2. 연축의 기재가 있는 협심증 | I20.1 |
| | 3. 급성심근경색증 | I21 |
| | 4. 후속심근경색증 | I22 |
| | 5. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증 | I23 |
| | 6. 심근경색증을 유발하지 않은 관상동맥혈전증 | I24.0 |
| | 7. 드레슬러증후군 | I24.1 |
| | 8. 인공소생에 성공한 심장정지 | I46.0 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표83]

## 뇌출혈 및 뇌경색증 분류표

① 약관에서 규정하는 '뇌졸중'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 거미막하출혈 | I60 |
| 2. 뇌내출혈 | I61 |
| 3. 기타 비외상성 두개내 출혈 | I62 |
| 4. 뇌경색증 | I63 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표84]

## 폐렴 II 분류표

① 약관에서 규정하는 '폐렴II'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 달리 분류되지 않은 바이러스폐렴 | J12 |
| 2. 폐렴연쇄알균에 의한 폐렴 | J13 |
| 3. 인플루엔자균에 의한 폐렴 | J14 |
| 4. 달리 분류되지 않은 세균성 폐렴 | J15 |
| 5. 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴 | J16 |
| 6. 달리 분류된 질환에서의 폐렴 | J17 |
| 7. 상세불명 병원체의 폐렴 | J18 |
| 8. 음식 또는 구토물에 의한 폐렴 | J69.0 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표85]

## 심부전 분류표

① 약관에서 규정하는 '심부전'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|
| 1. 심부전 | I50 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표86]

## 전신마취 의료행위 분류표

① 약관에서 규정하는 '전신마취 의료행위'라 함은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제 2021-167호 2021.7.1. 시행)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

| 대상의료행위 | | 수가코드 |
|---|---|---|
| 기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취 | 마취관리기본[1시간기준]<br>마취유지<br>마취유지(상급종합병원) | L1211<br>L1221<br>L1231 |
| 마스크에 의한 폐쇄순환식 전신마취 | 마취관리기본[1시간기준]<br>마취유지<br>마취유지(상급종합병원) | L1212<br>L1222<br>L1232 |

② 제1항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 '전신마취 의료행위'에 준하여 보장 여부를 결정합니다.

③ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 '전신마취 의료행위' 외에 '전신마취 의료행위'에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

[별표87]

## 중증질환자 암 산정특례대상 분류표

약관에서 규정하는 '중증질환자 암 산정특례대상'은 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2021-362호,2022.3.1.시행)' 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

| 산정특례대상 및 적용기간 | 특정기호 |
|---|---|
| 제7조에 따라 산정특례 대상으로 등록된 암환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병(C00~C97, D00~D09, D32~D33, D37~D48)으로 진료를 받은 경우 | V193 |

주) '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자 암질환 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'에 따라 판단합니다.

[별표87-1]

## 중증질환자 암 산정특례대상 분류표

① 약관에서 규정하는 '중증질환자 암 산정특례대상'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 산정특례 암질환 해당 상병 | 특정기호 |
|---|---|
| 1. 악성 신생물 | C00~C97 |
| 2. 제자리 신생물 | D00~D09 |
| 3. 수막의 양성신생물 | D32 |
| 4. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물 | D33 |
| 5. 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D37~D48 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표87-2]

## 뇌·수막의 양성신생물 분류표

① 약관에서 규정하는 '뇌·수막의 양성신생물'로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 구분 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|---|
| 수막의 양성신생물 | 수막의 양성 신생물 | D32 |
| 뇌 및 중추신경계통의 양성신생물 | 뇌 및 기타 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물 | D33 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표88-1]

## 남성통합암(전이포함)(유사암제외) 분류표

① 약관에서 규정하는 '남성통합암(전이포함)(유사암제외)'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | | 분류번호 |
|---|---|---|
| 남성통합암(전이 포함)<br>(두경부암) | 입술의 악성 신생물 | C00 |
| | 혓바닥의 악성 신생물 | C01 |
| | 혀의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물 | C02 |
| | 잇몸의 악성 신생물 | C03 |
| | 입바닥의 악성 신생물 | C04 |
| | 구개의 악성 신생물 | C05 |
| | 입의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물 | C06 |
| | 귀밑샘의 악성 신생물 | C07 |
| | 기타 및 상세불명의 주침샘의 악성 신생물 | C08 |
| | 편도의 악성 신생물 | C09 |
| | 입인두의 악성 신생물 | C10 |
| | 비인두의 악성 신생물 | C11 |
| | 이상동(梨狀洞)의 악성 신생물 | C12 |
| | 하인두의 악성 신생물 | C13 |
| | 입술, 구강 및 인두내의 기타 및 부위불명의 악성 신생물 | C14 |
| | 비강 및 중이의 악성 신생물 | C30 |
| | 부비동의 악성 신생물 | C31 |
| | 눈 및 부속기의 악성 신생물 | C69 |
| 남성통합암(전이 포함)<br>(위암 및 식도암) | 식도의 악성 신생물 | C15 |
| | 위의 악성 신생물 | C16 |
| | 위의 이차성 악성 신생물 | C78.80 |

| | | |
|---|---|---|
| 남성통합암(전이 포함)(소장·대장·항문암 및 기타 암) | 소장의 악성 신생물<br>결장의 악성 신생물<br>직장구불결장접합부의 악성 신생물<br>직장의 악성 신생물<br>항문 및 항문관의 악성 신생물<br>기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물<br>소장의 이차성 악성 신생물<br>대장 및 직장의 이차성 악성 신생물<br>비장의 이차성 악성 신생물<br>기타 소화기관의 이차성 악성 신생물<br>상세불명의 소화기관의 이차성 악성 신생물 | C17<br>C18<br>C19<br>C20<br>C21<br>C26<br>C78.4<br>C78.5<br>C78.82<br>C78.88<br>C78.89 |
| 남성통합암(전이 포함)(간·담낭·담도암 및 췌장암) | 간 및 간내 담관의 악성 신생물<br>담낭의 악성 신생물<br>담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물<br>췌장의 악성 신생물<br>간 및 간내 담관의 이차성 악성 신생물<br>췌장의 이차성 악성 신생물 | C22<br>C23<br>C24<br>C25<br>C78.7<br>C78.81 |
| 남성통합암(전이 포함)(흉곽내기관·중피성암 및 연조직암) | 후두의 악성 신생물<br>기관의 악성 신생물<br>기관지 및 폐의 악성 신생물<br>흉선의 악성 신생물<br>심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물<br>기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물<br>중피종<br>카포시육종<br>말초신경 및 자율신경계통의 악성 신생물<br>후복막 및 복막의 악성 신생물<br>기타 결합조직 및 연조직의 악성 신생물<br>폐의 이차성 악성 신생물<br>종격의 이차성 악성 신생물<br>흉막의 이차성 악성 신생물<br>기타 및 상세불명의 호흡기관의 이차성 악성 신생물<br>후복막 및 복막의 이차성 악성 신생물 | C32<br>C33<br>C34<br>C37<br>C38<br>C39<br>C45<br>C46<br>C47<br>C48<br>C49<br>C78.0<br>C78.1<br>C78.2<br>C78.3<br>C78.6 |
| 남성통합암(전이 포함)(골·피부 등 전신 부위암) | 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물<br>기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물<br>피부의 악성 흑색종<br>기타 및 부위불명의 악성 신생물<br>림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물<br>피부의 이차성 악성 신생물<br>골 및 골수의 이차성 악성 신생물<br>기타 명시된 부위의 이차성 악성 신생물<br>상세불명 부위의 이차성 악성 신생물<br>부위의 명시가 없는 악성 신생물<br>독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물 | C40<br>C41<br>C43<br>C76<br>C77<br>C79.2<br>C79.5<br>C79.88<br>C79.9<br>C80<br>C97 |
| 남성통합암(전이 포함)(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암) | 유방의 악성 신생물<br>신우를 제외한 신장의 악성 신생물<br>신우의 악성 신생물<br>요관의 악성 신생물<br>방광의 악성 신생물<br>기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물<br>부신의 악성 신생물<br>기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물<br>신장 및 신우의 이차성 악성 신생물<br>방광과 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 이차성 악성 신생물<br>유방의 이차성 악성 신생물<br>부신의 이차성 악성 신생물 | C50<br>C64<br>C65<br>C66<br>C67<br>C68<br>C74<br>C75<br>C79.0<br>C79.1<br>C79.80<br>C79.7 |
| 남성통합암(전이포함)(남성생식기암) | 음경의 악성 신생물<br>전립선의 악성 신생물<br>고환의 악성 신생물<br>기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물<br>생식기관의 이차성 악성 신생물 | C60<br>C61<br>C62<br>C63<br>C79.81 |
| 남성통합암(전이 포함)(뇌암 및 중추신경계통암) | 수막의 악성 신생물<br>뇌의 악성 신생물<br>척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물<br>뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물<br>신경계통의 기타 및 상세불명 부분의 이차성 악성 신생물 | C70<br>C71<br>C72<br>C79.3<br>C79.4 |
| 남성통합암(전이 포함) | 호지킨림프종<br>소포성 림프종 | C81<br>C82 |

| | | |
|---|---|---|
| (혈액암) | 비소포성 림프종 | C83 |
| | 성숙T/NK-세포림프종 | C84 |
| | 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종 | C85 |
| | T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태 | C86 |
| | 악성 면역증식성 질환 | C88 |
| | 다발골수종 및 악성 형질세포신생물 | C90 |
| | 림프성 백혈병 | C91 |
| | 골수성 백혈병 | C92 |
| | 단핵구성 백혈병 | C93 |
| | 명시된 세포형의 기타 백혈병 | C94 |
| | 상세불명 세포형의 백혈병 | C95 |
| | 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물 | C96 |
| | 진성 적혈구증가증 | D45 |
| | 골수형성이상증후군 | D46 |
| | 만성 골수증식질환 | D47.1 |
| | 본태성 혈소판혈증 | D47.3 |
| | 골수섬유증 | D47.4 |
| | 만성 호산구성 백혈병 | D47.5 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

**[별표88-2]**

## 여성통합암(전이포함)(유사암제외) 분류표

① 약관에서 규정하는 '여성통합암(전이포함)(유사암제외)'으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 대상이 되는 질병 | | 분류번호 |
|---|---|---|
| 여성통합암(전이 포함)<br>(두경부암) | 입술의 악성 신생물 | C00 |
| | 혓바닥의 악성 신생물 | C01 |
| | 혀의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물 | C02 |
| | 잇몸의 악성 신생물 | C03 |
| | 입바닥의 악성 신생물 | C04 |
| | 구개의 악성 신생물 | C05 |
| | 입의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물 | C06 |
| | 귀밑샘의 악성 신생물 | C07 |
| | 기타 및 상세불명의 주침샘의 악성 신생물 | C08 |
| | 편도의 악성 신생물 | C09 |
| | 입인두의 악성 신생물 | C10 |
| | 비인두의 악성 신생물 | C11 |
| | 이상동(梨狀洞)의 악성 신생물 | C12 |
| | 하인두의 악성 신생물 | C13 |
| | 입술, 구강 및 인두내의 기타 및 부위불명의 악성 신생물 | C14 |
| | 비강 및 중이의 악성 신생물 | C30 |
| | 부비동의 악성 신생물 | C31 |
| | 눈 및 부속기의 악성 신생물 | C69 |
| 여성통합암(전이 포함)<br>(위암 및 식도암) | 식도의 악성 신생물 | C15 |
| | 위의 악성 신생물 | C16 |
| | 위의 이차성 악성 신생물 | C78.80 |

| | | |
|---|---|---|
| 여성통합암(전이 포함)(소장·대장·항문암 및 기타 암) | 소장의 악성 신생물<br>결장의 악성 신생물<br>직장구불결장접합부의 악성 신생물<br>직장의 악성 신생물<br>항문 및 항문관의 악성 신생물<br>기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물<br>소장의 이차성 악성 신생물<br>대장 및 직장의 이차성 악성 신생물<br>비장의 이차성 악성 신생물<br>기타 소화기관의 이차성 악성 신생물<br>상세불명의 소화기관의 이차성 악성 신생물 | C17<br>C18<br>C19<br>C20<br>C21<br>C26<br>C78.4<br>C78.5<br>C78.82<br>C78.88<br>C78.89 |
| 여성통합암(전이 포함)(간·담낭·담도암 및 췌장암) | 간 및 간내 담관의 악성 신생물<br>담낭의 악성 신생물<br>담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물<br>췌장의 악성 신생물<br>간 및 간내 담관의 이차성 악성 신생물<br>췌장의 이차성 악성 신생물 | C22<br>C23<br>C24<br>C25<br>C78.7<br>C78.81 |
| 여성통합암(전이 포함)(흉곽내기관·중피성암 및 연조직암) | 후두의 악성 신생물<br>기관의 악성 신생물<br>기관지 및 폐의 악성 신생물<br>흉선의 악성 신생물<br>심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물<br>기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물<br>중피종<br>카포시육종<br>말초신경 및 자율신경계통의 악성 신생물<br>후복막 및 복막의 악성 신생물<br>기타 결합조직 및 연조직의 악성 신생물<br>폐의 이차성 악성 신생물<br>종격의 이차성 악성 신생물<br>흉막의 이차성 악성 신생물<br>기타 및 상세불명의 호흡기관의 이차성 악성 신생물<br>후복막 및 복막의 이차성 악성 신생물 | C32<br>C33<br>C34<br>C37<br>C38<br>C39<br>C45<br>C46<br>C47<br>C48<br>C49<br>C78.0<br>C78.1<br>C78.2<br>C78.3<br>C78.6 |
| 여성통합암(전이 포함)(골·피부 등 전 | 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물<br>기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물 | C40<br>C41<br>C43 |

| | | |
|---|---|---|
| 심 부위암) | 피부의 악성 흑색종<br>기타 및 부위불명의 악성 신생물<br>림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물<br>피부의 이차성 악성 신생물<br>골 및 골수의 이차성 악성 신생물<br>기타 명시된 부위의 이차성 악성 신생물<br>상세불명 부위의 이차성 악성 신생물<br>부위의 명시가 없는 악성 신생물<br>독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물 | C76<br>C77<br>C79.2<br>C79.5<br>C79.88<br>C79.9<br>C80<br>C97 |
| 여성통합암(전이 포함)(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암) | 유방의 악성 신생물<br>신우를 제외한 신장의 악성 신생물<br>신우의 악성 신생물<br>요관의 악성 신생물<br>방광의 악성 신생물<br>기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물<br>부신의 악성 신생물<br>기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물<br>신장 및 신우의 이차성 악성 신생물<br>방광과 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 이차성 악성 신생물<br>유방의 이차성 악성 신생물<br>부신의 이차성 악성 신생물 | C50<br>C64<br>C65<br>C66<br>C67<br>C68<br>C74<br>C75<br>C79.0<br>C79.1<br>C79.80<br>C79.7 |
| 여성통합암(전이 포함)(여성생식기암) | 외음의 악성 신생물<br>질의 악성 신생물<br>기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물<br>태반의 악성 신생물<br>생식기관의 이차성 악성 신생물 | C51<br>C52<br>C57<br>C58<br>C79.81 |
| 여성통합암(전이 포함)(난소암) | 난소의 악성 신생물<br>난소의 이차성 악성 신생물 | C56<br>C79.6 |
| 여성통합암(전이 포함)(자궁암) | 자궁경부의 악성 신생물<br>자궁체부의 악성 신생물<br>자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물 | C53<br>C54<br>C55 |
| 여성통합암(전이 포함) | 수막의 악성 신생물<br>뇌의 악성 신생물 | C70<br>C71 |

| | | |
|---|---|---|
| (뇌암 및 중추 신경계통암) | 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물<br>뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물<br>신경계통의 기타 및 상세불명 부분의 이차성 악성 신생물 | C72<br>C79.3<br>C79.4 |
| 여성통합암(전이 포함)<br>(혈액암) | 호지킨림프종<br>소포성 림프종<br>비소포성 림프종<br>성숙T/NK-세포림프종<br>기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종<br>T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태<br>악성 면역증식성 질환<br>다발골수종 및 악성 형질세포신생물<br>림프성 백혈병<br>골수성 백혈병<br>단핵구성 백혈병<br>명시된 세포형의 기타 백혈병<br>상세불명 세포형의 백혈병<br>림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물<br>진성 적혈구증가증<br>골수형성이상증후군<br>만성 골수증식질환<br>본태성 혈소판혈증<br>골수섬유증<br>만성 호산구성 백혈병 | C81<br>C82<br>C83<br>C84<br>C85<br>C86<br>C88<br>C90<br>C91<br>C92<br>C93<br>C94<br>C95<br>C96<br>D45<br>D46<br>D47.1<br>D47.3<br>D47.4<br>D47.5 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

[별표89]

## 뇌동맥류(비파열성) 분류표

① 약관에서 규정하는 '뇌동맥류(비파열성)'로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 해당 여부를 판단합니다.

| 구분 | 대상이 되는 질병 | 분류번호 |
|---|---|---|
| 파열되지 않은 대뇌동맥류 | 수막의 양성 신생물 | I67.1 |

② 제9차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 또는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단확정된 당시 시행하고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

③ 다만, 진단확정 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 상기 상병 또는 질병에 대한 보험금 지급여부를 판단한 경우에는, 이후에 한국표준질병사인분류가 개정되더라도 상기 상병 또는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

⑤ 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

무배당
간편한3.10.10건강보험
(세만기형)
(Hi2406)

현대해상

## 인용 법·규정

# 인용 법·규정 목차


법규1 개인정보 보호법 ····· 법-5
법규2 개인정보 보호법 시행령 ····· 법-6
법규3 공직선거법 ····· 법-6
법규4 교통사고처리 특례법 ····· 법-7
법규5 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 ····· 법-7
법규6 국민건강보험법 ····· 법-7
법규7 국민건강보험법 시행령 ····· 법-8
법규8 금융소비자 보호에 관한 법률 ····· 법-14
법규9 금융소비자 보호에 관한 감독규정 ····· 법-16
법규10 금융소비자 보호에 관한 법률 시행령 ····· 법-16
법규11 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 ····· 법-17
법규12 도로교통법 ····· 법-17
법규13 도로법 ····· 법-18
법규14 민법 ····· 법-18
법규15 민사소송법 ····· 법-19
법규16 상법 ····· 법-19
법규17 상법 시행령 ····· 법-20
법규18 소비자기본법 ····· 법-20
법규19 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 ····· 법-20
법규20 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령 ····· 법-21
법규21 약사법 ····· 법-23
법규22 의료급여법 ····· 법-23
법규23 의료급여법 시행령 ····· 법-23
법규24 의료법 ····· 법-23
법규25 자동차관리법 시행규칙 ····· 법-24
법규26 자동차손해배상보장법 시행령 ····· 법-25
법규27 장기등 이식에 관한 법률 ····· 법-26
법규28 장애인복지법 ····· 법-27
법규29 장애인복지법시행규칙 ····· 법-28
법규30 장애인복지법 시행령 ····· 법-29
법규31 전자서명법 ····· 법-30
법규32 제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법 ····· 법-30
법규33 지방교육자치에 관한 법률 ····· 법-30
법규34 지역보건법 ····· 법-30
법규35 학원의 설립 · 운영 및 과외교습에 관한 법률 ····· 법-30
법규36 형법 ····· 법-31
법규37 호스피스 · 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 ····· 법-32
법규38 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 ····· 법-33

## 법규1 개인정보 보호법

**제15조(개인정보의 수집 · 이용)**

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.
1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
4. 정보주체와의 계약의 체결 및 이행을 위하여 불가피하게 필요한 경우
5. 정보주체 또는 그 법정대리인이 의사표시를 할 수 없는 상태에 있거나 주소불명 등으로 사전 동의를 받을 수 없는 경우로서 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
1. 개인정보의 수집 · 이용 목적
2. 수집하려는 개인정보의 항목
3. 개인정보의 보유 및 이용 기간
4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 이용할 수 있다. <신설 2020. 2. 4.>

**제17조(개인정보의 제공)**

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.
1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 제15조제1항제2호 · 제3호 및 제5호에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
1. 개인정보를 제공받는 자
2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
3. 제공하는 개인정보의 항목
4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 개인정보처리자가 개인정보를 국외의 제3자에게 제공할 때에는 제2항 각 호에 따른 사항을 정보주체에게 알리고 동의를 받아야 하며, 이 법을 위반하는 내용으로 개인정보의 국외 이전에 관한 계약을 체결하여서는 아니 된다.

④ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 제공할 수 있다. <신설 2020. 2. 4.>

**제22조(동의를 받는 방법)**

① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제6항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 각각 동의를 받아야 한다.

② 개인정보처리자는 제1항의 동의를 서면(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 포함한다)으로 받을 때에는 개인정보의 수집·이용 목적, 수집·이용하려는 개인정보의 항목 등 대통령령으로 정하는 중요한 내용을 보호위원회가 고시로 정하는 방법에 따라 명확히 표시하여 알아보기 쉽게 하여야 한다. <신설 2017. 4. 18., 2017. 7. 26., 2020. 2. 4.>

③ 개인정보처리자는 제15조제1항제1호, 제17조제1항제1호, 제23조제1항제1호 및 제24조제1항제1호에 따라 개인정보의 처리에 대하여 정보주체의 동의를 받을 때에는 정보주체와의 계약 체결 등을 위하여 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보와 정보주체의 동의가 필요한 개인정보를 구분하여야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다. <개정 2016.3.29., 2017.4.18.>

④ 개인정보처리자는 정보주체에게 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다. <개정 2017.4.18.>

⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 제3항에 따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제4항 및 제18조제2항제1호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다. <개정 2017.4.18.>

⑥ 개인정보처리자는 만 14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 그 법정대리인의 동의를 받아야 한다. 이 경우 법정대리인의 동의를 받기 위하여 필요한 최소한의 정보는 법정대리인의 동의 없이 해당 아동으로부터 직접 수집할 수 있다. <개정 2017.4.18.>

⑦ 제1항부터 제6항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법 및 제6항에 따른 최소한의 정보의 내용에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다. <개정 2017.4.18.>

**제23조(민감정보의 처리 제한)**

① 개인정보처리자는 사상 · 신념, 노동조합 · 정당의 가입 · 탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "민감정보"라 한다)를 처리하여서는 아니 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2016.3.29.>
1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 민감정보를 처리하는 경우에는 그 민감정보가 분실 · 도난 · 유출 · 위조 · 변조 또는 훼손되지 아니하도록 제29조에 따른 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다. <신설 2016.3.29.>

**제24조(고유식별정보의 처리 제한)**

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 경우를 제외하고는 법령에 따라 개인을 고유하게 구별하기 위하여 부여된 식별정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "고유식별정보"라 한다)를 처리할 수 없다.
1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 삭제 <2013.8.6.>

③ 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실 · 도난 · 유출 · 위조 · 변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다. <개정 2015.7.24.>

④ 보호위원회는 처리하는 개인정보의 종류·규모, 종업원 수 및 매출액 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 개인정보처리자가 제3항에 따라 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지에 관하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 조사하여야 한다. <신설 2016. 3. 29., 2017. 7. 26., 2020. 2. 4.>

⑤ 보호위원회는 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제4항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다. <신설 2016. 3. 29., 2017. 7. 26., 2020. 2. 4.>

## 법규2 개인정보 보호법 시행령

**제17조(동의를 받는 방법)**

① 개인정보처리자는 법 제22조에 따라 개인정보의 처리에 대하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 정보주체의 동의를 받아야 한다.

1. 동의 내용이 적힌 서면을 정보주체에게 직접 발급하거나 우편 또는 팩스 등의 방법으로 전달하고, 정보주체가 서명하거나 날인한 동의서를 받는 방법
2. 전화를 통하여 동의 내용을 정보주체에게 알리고 동의의 의사표시를 확인하는 방법
3. 전화를 통하여 동의 내용을 정보주체에게 알리고 정보주체에게 인터넷주소 등을 통하여 동의 사항을 확인하도록 한 후 다시 전화를 통하여 그 동의 사항에 대한 동의의 의사표시를 확인하는 방법
4. 인터넷 홈페이지 등에 동의 내용을 게재하고 정보주체가 동의 여부를 표시하도록 하는 방법
5. 동의 내용이 적힌 전자우편을 발송하여 정보주체로부터 동의의 의사표시가 적힌 전자우편을 받는 방법
6. 그 밖에 제1호부터 제5호까지의 규정에 따른 방법에 준하는 방법으로 동의 내용을 알리고 동의의 의사표시를 확인하는 방법

② 법 제22조제2항에서 "대통령령으로 정하는 중요한 내용"이란 다음 각 호의 사항을 말한다. <신설 2017.10.17.>

1. 개인정보의 수집·이용 목적 중 재화나 서비스의 홍보 또는 판매 권유 등을 위하여 해당 개인정보를 이용하여 정보주체에게 연락할 수 있다는 사실
2. 처리하려는 개인정보의 항목 중 다음 각 목의 사항
   가. 제18조에 따른 민감정보
   나. 제19조제2호부터 제4호까지의 규정에 따른 여권번호, 운전면허의 면허번호 및 외국인등록번호
3. 개인정보의 보유 및 이용 기간(제공 시에는 제공받는 자의 보유 및 이용 기간을 말한다)
4. 개인정보를 제공받는 자 및 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적

③ 개인정보처리자가 정보주체로부터 법 제18조제2항제1호 및 제22조제4항에 따른 동의를 받거나 법 제22조제3항에 따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항에 대한 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 동의 여부를 선택할 수 있다는 사실을 명확하게 확인할 수 있도록 선택적으로 동의할 수 있는 사항 외의 사항과 구분하여 표시하여야 한다. <신설 2015.12.30., 2017.10.17.>

④ 개인정보처리자는 법 제22조제6항에 따라 만 14세 미만 아동의 법정대리인의 동의를 받기 위하여 해당 아동으로부터 직접 법정대리인의 성명·연락처에 관한 정보를 수집할 수 있다. <개정 2015.12.30., 2017.10.17.>

⑤ 중앙행정기관의 장은 제1항에 따른 동의방법 중 소관 분야의 개인정보처리자별 업무, 업종의 특성 및 정보주체의 수 등을 고려하여 적절한 동의방법에 관한 기준을 법 제12조제2항에 따른 개인정보 보호지침(이하 "개인정보 보호지침"이라 한다)으로 정하여 그 기준에 따라 동의를 받도록 개인정보처리자에게 권장할 수 있다. <개정 2015.12.30., 2017.10.17.>

## 법규3 공직선거법

**제222조(선거소송)**

① 대통령선거 및 국회의원선거에 있어서 선거의 효력에 관하여 이의가 있는 선거인·정당(候補者를 추천한 政黨에 한한다) 또는 후보자는 선거일부터 30일 이내에 당해 선거구선거관리위원회위원장을 피고로 하여 대법원에 소를 제기할 수 있다.

② 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서 선거의 효력에 관한 제220조의 결정에 불복이 있는 소청인(當選人을 포함한다)은 해당 소청에 대하여 기각 또는 각하 결정이 있는 경우(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때를 포함한다)에는 해당 선거구선거관리위원회 위원장을, 인용결정이 있는 경우에는 그 인용결정을 한 선거관리위원회 위원장을 피고로 하여 그 결정서를 받은 날(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때에는 그 기간이 종료된 날)부터 10일 이내에 비례대표시·도의원선거 및 시·도지사선거에 있어서는 대법원에, 지역구시·도의원선거, 자치구·시·군의원선거 및 자치구·시·군의 장 선거에 있어서는 그 선거구를 관할하는 고등법원에 소를 제기할 수 있다. <개정 2002.3.7., 2010.1.25.>

③ 제1항 또는 제2항에 따라 피고로 될 위원장이 궐위된 때에는 해당 선거관리위원회 위원 전원을 피고로 한다. <개정 2010.1.25.>

**제223조(당선소송)**

① 대통령선거 및 국회의원선거에 있어서 당선의 효력에 이의가 있는 정당(候補者를 추천한 政黨에 한한다) 또는 후보자는 당선인결정일부터 30일이내에 제52조제1항·제3항 또는 제192조제1항부터 제3항까지의 사유에 해당함을 이유로 하는 때에는 당선인을, 제187조(大統領當選人의 決定·公告·통지)제1항·제2항, 제188조(地域區國會議員當選人의 決定·公告·통지)제1항 내지 제4항, 제189조(比例代表國會議員議席의 배분과 當選人의 決定·公告·통지) 또는 제194조(당선인의 재결정과 비례대표국회의원의석 및 비례대표지방의회의원의석의 재배분)제4항의 규정에 의한 결정의 위법을 이유로 하는 때에는 대통령선거에 있어서는 그 당선인을 결정한 중앙선거관리위원회위원장 또는 국회의장을, 국회의원선거에 있어서는 당해 선거구선거관리위원회위원장을 각각 피고로 하여 대법원에 소를 제기할 수 있다. <개정 2000. 2. 16., 2002. 3. 7., 2005. 8. 4., 2010. 1. 25., 2010. 3. 12., 2020. 1. 14., 2020. 12. 29.>

② 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서 당선의 효력에 관한 제220조의 결정에 불복이 있는 소청인 또는 당선인인 피소청인(제219조제2항 후단에 따라 선거구선거관리위원회 위원장이 피소청인인 경우에는 당선인을 포함한다)은 해당 소청에 대하여 기각 또는 각하 결정이 있는 경우(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때를 포함한다)에는 당선인(제219조제2항 후단을 이유로 하는 때에는 관할선거구선거관리위원회 위원장을 말한다)을, 인용결정이 있는 경우에는 그 인용결정을 한 선거관리위원회 위원장을 피고로 하여 그 결정서를 받은 날(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때에는 그 기간이 종료된 날)부터 10일 이내에 비례대표시·도의원선거 및 시·도지사선거에 있어서는 대법원에, 지역구시·도의원선거, 자치구·시·군의원선거 및 자치구·시·군의 장 선거에 있어서는 그 선거구를 관할하는 고등법원에 소를 제기할 수 있다. <개정 2002.3.7., 2010.1.25.>

③ 제1항 또는 제2항에 따라 피고로 될 위원장이 궐위된 때에는 해당 선거관리위원회 위원 전원을, 국회의장이 궐위된 때에는 부의장중 1인을 피고로 한다. <개정 2010.1.25.>

④ 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 피고로 될 당선인이 사퇴·사망하거나 제192조제2항의 규정에 의하여 당선의 효력이 상실되거나 같은조제3항의 규정에 의하여 당선이 무효로 된 때에는 대통령선거에 있어서는 법무부장관을, 국회의원선거·지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서는 관할고등검찰청검사장을 피고로 한다.

## 법규4 교통사고처리 특례법

**제3조(처벌의 특례)**

① 차의 운전자가 교통사고로 인하여 「형법」 제268조의 죄를 범한 경우에는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 차의 교통으로 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄(業務上過失致傷罪) 또는 중과실치상죄(重過失致傷罪)와 「도로교통법」 제151조의 죄를 범한 운전자에 대하여는 피해자의 명시적인 의사에 반하여 공소(公訴)를 제기할 수 없다. 다만, 차의 운전자가 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄 또는 중과실치상죄를 범하고도 피해자를 구호(救護)하는 등 「도로교통법」 제54조제1항에 따른 조치를 하지 아니하고 도주하거나 피해자를 사고 장소로부터 옮겨 유기(遺棄)하고 도주한 경우, 같은 죄를 범하고 「도로교통법」 제44조제2항을 위반하여 음주측정 요구에 따르지 아니한 경우(운전자가 채혈 측정을 요청하거나 동의한 경우는 제외한다)와 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 같은 죄를 범한 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2016. 1. 27., 2016. 12. 2.>

1. 「도로교통법」 제5조에 따른 신호기가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호를 위반하거나 통행금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우
2. 「도로교통법」 제13조제3항을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조를 위반하여 횡단, 유턴 또는 후진한 경우
3. 「도로교통법」 제17조제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터 초과하여 운전한 경우
4. 「도로교통법」 제21조제1항, 제22조, 제23조에 따른 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 같은 법 제60조제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기 방법을 위반하여 운전한 경우
5. 「도로교통법」 제24조에 따른 철길건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 「도로교통법」 제27조제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우
7. 「도로교통법」 제43조, 「건설기계관리법」 제26조 또는 「도로교통법」 제96조를 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지 중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.
8. 「도로교통법」 제44조제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 운전한 경우
9. 「도로교통법」 제13조제1항을 위반하여 보도(步道)가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조제2항에 따른 보도 횡단방법을 위반하여 운전한 경우
10. 「도로교통법」 제39조제3항에 따른 승객의 추락 방지의무를 위반하여 운전한 경우
11. 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해(傷害)에 이르게 한 경우
12. 「도로교통법」 제39조제4항을 위반하여 자동차의 화물이 떨어지지 아니하도록 필요한 조치를 하지 아니하고 운전한 경우

[전문개정 2011. 4. 12.]

## 법규5 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

**제5조(요양급여의 적용기준 및 방법)**

① 요양기관은 가입자등에 대한 요양급여를 별표 1의 요양급여의 적용기준 및 방법에 의하여 실시하여야 한다.

② 제1항에 따른 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항은 의약계·공단 및 건강보험심사평가원의 의견을 들어 보건복지부장관이 정하여 고시한다. <개정 2008. 3. 3., 2010. 3. 19., 2010. 12. 23., 2018. 9. 28.>

③ 조혈모세포이식 및 심실 보조장치 치료술의 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항은 의약계·공단 및 건강보험심사평가원의 의견을 들어 보건복지부장관이 따로 정하여 각각 고시한다. <신설 2018. 9. 28.>

④ 제2항에도 불구하고 「국민건강보험법 시행령」(이하 "영"이라 한다) 별표 2 제3호마목에 따른 중증질환자(이하 "중증환자"라 한다)에게 처방·투여하는 약제중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항은 제5조의2에 따른 중증질환심의위원회의 심의를 거쳐 건강보험심사평가원장이 정하여 공고한다. 이 경우 건강보험심사평가원장은 요양기관 및 가입자 등이 해당 공고의 내용을 언제든지 열람할 수 있도록 관리하여야 한다. <신설 2005. 10. 11., 2008. 3. 3., 2010. 3. 19., 2012. 8. 31., 2018. 9. 28.>

## 법규6 국민건강보험법

**제41조(요양급여)**

① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다.

1. 진찰·검사
2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
3. 처치·수술 및 그 밖의 치료
4. 예방·재활
5. 입원
6. 간호
7. 이송(移送)

② 제1항에 따른 요양급여(이하 "요양급여"라 한다)의 범위(이하 "요양급여대상"이라 한다)는 다음 각 호와 같다. <신설 2016. 2. 3.>

1. 제1항 각 호의 요양급여(제1항제2호의 약제는 제외한다): 제4항에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것
2. 제1항제2호의 약제: 제41조의3에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것

③ 요양급여의 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2016. 2. 3.>

④ 보건복지부장관은 제3항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)으로 정할 수 있다. <개정 2016. 2. 3.>

**제42조(요양기관)**

① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다. <개정 2018. 3. 27.>

1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
3. 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국희귀·필수의약품센터
4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
5. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소

② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장

비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.

1. 제2항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우
2. 제2항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우

④ 제2항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원에 대하여는 제41조제3항에 따른 요양급여의 절차 및 제45조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리할 수 있다. <개정 2016. 2. 3.>

⑤ 제1항·제2항 및 제4항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.

## 법규7 국민건강보험법 시행령

**제19조(비용의 본인부담)**

① 법 제44조제1항에 따른 본인일부부담금(이하 "본인일부부담금"이라 한다)의 부담률 및 부담액은 별표 2와 같다.

② 본인일부부담금은 요양기관의 청구에 따라 요양급여를 받는 사람이 요양기관에 납부한다. 이 경우 요양기관은 법 제41조제3항 및 제4항에 따라 보건복지부령으로 정하는 요양급여사항 또는 비급여사항 외에 입원보증금 등 다른 명목으로 비용을 청구해서는 아니 된다.

③ 법 제44조제2항에 따른 본인일부부담금의 총액은 요양급여를 받는 사람이 연간 부담하는 본인일부부담금을 모두 더한 금액으로 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 본인일부부담금은 더하지 않는다. <개정 2018. 6. 26., 2019. 4. 2., 2019. 6. 11., 2019. 10. 22., 2020. 10. 7., 2021. 6. 29.>

1. 별표 2 제1호가목1)에 따라 상급종합병원·종합병원·병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다)·정신병원 일반입원실의 2인실·3인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실을 이용한 경우 그 입원료로 부담한 금액
2. 별표 2 제3호라목5)·6)·9) 및 10)에 따라 부담한 금액
3. 별표 2 제3호사목, 거목 및 너목에 따라 부담한 금액
4. 별표 2 제4호에 따라 부담한 금액
5. 별표 2 제6호에 따라 부담한 금액

④ 법 제44조제2항에 따른 본인부담상한액(이하 "본인부담상한액"이라 한다)은 별표 3의 산정방법에 따라 산정된 금액을 말한다.

⑤ 법 제44조제2항에 따라 공단이 본인부담상한액을 넘는 금액을 지급하는 경우에는 요양급여를 받은 사람이 지정하는 예금계좌(「우체국예금·보험에 관한 법률」에 따른 체신관서 및 「은행법」에 따른 은행에서 개설된 예금계좌 등 보건복지부장관이 정하는 예금계좌를 말한다)로 지급해야 한다. 다만, 해당 예금계좌로 입금할 수 없는 불가피한 사유가 있는 경우에는 보건복지부장관이 정하는 방법으로 지급할 수 있다. <개정 2019. 6. 11.>

⑥ 제2항 및 제5항에서 정한 사항 외에 본인일부부담금의 납부방법이나 본인부담상한액을 넘는 금액의 지급방법 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

[전문개정 2017. 3. 20.]

**[별표2] <개정 2021. 11. 1.> 본인일부부담금의 부담률 및 부담액 제1호 및 제3호 (제19조제1항 관련)**

1. 가입자 또는 피부양자는 요양급여비용 중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 금액(100원 미만은 제외한다)을 부담한다. 다만, 입원진료의 경우에는 100원 미만의 금액도 부담한다.

가. 입원진료(나목의 표 중 보건복지부장관이 정하는 의료장비를 이용한 진료의 경우는 제외한다) 및 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받은 경우(약국 또는 한국희귀·필수의약품센터인 요양기관에서 처방전에 따라 의약품을 조제받는 경우를 포함한다)는 다음의 구분에 따라 계산한 금액

1) 요양급여비용 총액(보건복지부장관이 정하여 고시하는 식대와 장애인 치과진료에 대한 가산금액은 제외한다)의 100분의 20에 입원기간 중 식대[입원환자의 식사의 질과 서비스에 영향을 미치는 부가적 요소에 드는 비용에 해당하는 가산금액(이하 "식대가산금액"이라 한다)을 포함한다. 이하 이 호, 제2호 및 제3호가목·나목·아목에서 같다]의 100분의 50을 더한 금액. 다만, 상급종합병원에서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실·4인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실·4인실을 이용한 경우에는 그 입원료에 한정하여 각각 100분의 50·100분의 40·100분의 30으로 하고, 종합병원·병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다)·정신병원에서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실을 이용한 경우에는 그 입원료에 한정하여 각각 100분의 40·100분의 30으로 하며, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 격리 입원에 대해서는 그 입원료에 한정하여 100분의 10으로 한다.

12) 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원은 제외한다)에서 입원진료를 받는 사람 중 입원치료보다는 요양시설이나 외래진료를 받는 것이 적합한 환자로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 환자군에 해당하는 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 40에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액

나. 외래진료의 경우 및 보건복지부장관이 정하는 의료장비·치료재료를 이용한 진료의 경우에는 다음 표의 구분에 따라 계산한 금액

| 기관종류 | 소재지 | 환자 구분 | 본인일부부담금 |
|---|---|---|---|
| 상급종합병원 | 모든 지역 | 일반환자 | 진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 - 진찰료총액) × 60/100. 다만, 임신부 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 40/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 20/100으로 한다. |
| | | 의약분업 예외환자 | 진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 - 약값 총액 - 진찰료 총액) × 60/100 + 약값 총액 × 30/100. 다만, 임신부 외래진료의 경우에는 (요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 40/100 + 약값 총액 × 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 (요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 20/100 + 약값 총액 × 21/100로 한다. |
| 종합병원 | 동 지역 | 일반환자 | 요양급여비용 총액 × 50/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100) |
| | | 의약분업 예외환자 | (요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 50/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100) |
| | 읍·면 지역 | 일반환자 | 요양급여비용 총액 × 45/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100) |
| | | 의약분업 예외환자 | (요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 45/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100) |

| 기관종류 | 소재지 | 환자 구분 | 본인일부부담금 |
|---|---|---|---|
| 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원 | 동 지역 | 일반환자 | 요양급여비용 총액 × 40/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100) |
| | | 의약분업 예외환자 | (요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 40/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100) |
| | 읍·면 지역 | 일반환자 | 요양급여비용 총액 × 35/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100) |
| | | 의약분업 예외환자 | (요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 35/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100) |
| 의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원 | 모든 지역 | 일반환자 | 요양급여비용 총액 × 30/100(임신부 외래진료의 경우에는 10/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 5/100).<br>다만, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상이면서 해당 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다. |
| | | 의약분업예외환자 | (요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 30/100(임신부 외래진료의 경우에는 10/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 5/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100).<br>다만, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상이면서 해당 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다. |
| 보건소, 보건지소, 보건진료소 | 모든 지역 | | 요양급여비용 총액 × 30/100. 다만, 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다. |

| 기관종류 | 소재지 | 환자 구분 | 본인일부부담금 |
|---|---|---|---|
| 비고<br>1. 위 표에서 "의약분업 예외환자"란 「약사법」 제23조제4항제3호 중 조현병(調絃病) 또는 조울증 등으로 자신 또는 타인을 해칠 우려가 있는 정신질환자, 같은 항 제4호 중 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 제1군감염병환자 및 같은 항 제8호·제9호에 해당하는 환자를 말한다. 다만, 제1호가목에 따라 요양급여비용 총액의 100분의 20을 적용받는 사람은 제외한다.<br>2. 위 표에서 "약값 총액"이란 요양기관이 해당 약제를 구입한 금액의 총액을 말한다.<br>3. 보건복지부장관이 정하는 의료장비를 이용한 입원진료인 경우의 요양급여비용 총액은 의료장비를 이용한 비용의 총액으로 한정한다.<br>4. 요양기관의 외래진료를 통하여 주기적으로 의사의 처방에 따라 구입(사용)하여야 하는 치료재료 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 치료재료의 경우에는 해당 치료재료 비용 및 관련 행위(교체를 위한 직접적 행위에 한정한다. 이하 같다) 비용을 제외한 요양급여비용 총액을 위 표의 요양급여비용 총액으로 하여 위 표에 따라 산정한 금액에 해당 치료재료 비용 및 관련 행위 비용의 100분의 20(1세 미만 영유아의 경우에는 14/100)을 더한 금액을 본인일부부담금으로 한다. 다만, 제3호마목이 적용되는 중증질환자는 제외한다.<br>5. 보건복지부장관이 정하는 질병의 환자가 요양기관(의원으로 한정한다)에 보건복지부장관이 정하는 절차 또는 방법에 따라 외래진료를 지속적으로 받겠다는 의사를 표시한 경우에는 해당 질병에 대하여 그 다음 진료부터 (진찰료 총액 × 20/100) + [(요양급여비용 총액 - 진찰료 총액) × 30/100]에 해당하는 금액을 본인일부부담금으로 한다. 다만, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상인 경우에는 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.<br>6. 임신부가 유산 또는 사산을 한 경우 해당 유산 또는 사산에 따른 외래진료는 위 표에 따른 임신부 외래진료에 포함한다. | | | |

다. 약국 또는 한국희귀·필수의약품센터의 경우

1) 진료를 담당한 의사 또는 치과의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 30(요양급여를 받는 사람이 65세 이상인 경우 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액). 다만, 제1호가목 중 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받은 경우(약국 또는 한국희귀·필수의약품센터인 요양기관에서 처방전에 따라 의약품을 조제받는 경우를 포함한다)는 제외한다.

2) 「약사법」 제23조제3항제1호에 따라 의료기관이 없는 지역에서 조제하는 경우로서 진료를 담당한 의사 또는 치과의사가 발행한 처방전에 따르지 않고 의약품을 조제받은 경우에는 다음의 구분에 따라 산정한 금액

가) 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘는 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 40

나) 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않는 경우에는 보건복지부령으로 정하는 금액

3) 1)에도 불구하고 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품을 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5·18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「참전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈처장이 진료

를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우는 제외한다]에는 다음의 금액

가) 상급종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우: 요양급여비용 총액의 100분의 50

나) 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우: 요양급여비용 총액의 100분의 40

2. 제1호에도 불구하고 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대하여 입원진료를 받는 경우에는 다음 각 목의 구분에 따라 계산한 금액에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액을 부담한다. 이 경우 질병군 분류번호 결정 요령, 평균 입원 일수, 입원실 이용 비용 등 해당 질병군의 본인일부부담금 산정에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

가. 다음 계산식에 따라 계산한 금액과 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추가 산정액을 합한 금액의 100분의 20

[질병군별 기준 상대가치점수 + (입원 일수 - 질병군별 평균 입원 일수) × 질병군별 일당 상대가치점수] × 제21조제1항에 따라 정해진 상대가치점수의 점수당 단가

※ 비고

1. 위 표에서 "질병군별 기준 상대가치점수"란 질병군별 평균 입원 일수만큼 입원했을 때 발생하는 입원 건당 상대가치점수를 말한다.
2. 위 표에서 "질병군별 일당 상대가치점수"란 입원 일수가 1일 증가함에 따라 추가되는 질병군별 상대가치점수를 말한다.

나. 가목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 입원실을 이용한 경우에는 가목에 따라 계산한 금액에 보건복지부장관이 정하여 고시하는 입원료 계산식에 따라 계산한 금액을 더한 금액

다. 삭제 <2021. 11. 1.>

라. 가목 및 나목에도 불구하고 제1호나목에 따라 보건복지부장관이 정하는 의료장비를 이용한 진료의 경우에는 가목 또는 나목에 따라 계산한 금액에 제1호나목 표의 구분에 따라 계산한 금액을 더한 금액

3. 제1호와 제2호에도 불구하고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 각 목에서 정하는 금액을 부담한다. 다만, 상급종합병원·종합병원·병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다)·정신병원에서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실을 이용한 경우는 그 입원료에 한정하여 제1호가목1) 단서에서 정하는 금액을 부담한다.

가. 다음의 경우에는 입원기간 중 식대의 100분의 50

1) 자연분만에 대한 요양급여
2) 「모자보건법」 제2조제4호에 따른 신생아 및 보건복지부장관이 정하는 기준에 해당하는 영유아에 대한 입원진료로서 보건복지부장관이 정하는 요양급여
3) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵 질환을 가진 사람에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여
4) 「장기등 이식에 관한 법률」 제4조제2호에 따른 장기등기증자(뇌사자 또는 사망한 사람만 해당한다)의 장기등(같은 법 제4조제1호에 따른 장기등을 말한다) 적출에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여

나. 다음의 경우(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)에는 요양급여비용 총액의 100분의 10에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액

1) 삭제 <2017. 9. 29.>
2) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성 질환을 가진 사람에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여
3) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 고위험 임신부에 대한 입원진료로서 보건복지부장관이 정하는 요양급여
4) 삭제 <2018. 12. 24.>

다. 다음의 경우에는 본인이 부담할 비용의 부담률의 100분의 70에 해당하는 금액

1) 1세 이상 6세 미만인 가입자 또는 피부양자가 상급종합병원, 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 의원, 치과의원, 한의원 및 보건의료원에서 외래진료를 받는 경우
2) 6세 미만인 가입자 또는 피부양자가 보건소, 보건지소 및 보건진료소에서 외래진료를 받는 경우로서 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘는 경우. 다만, 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않는 경우에는 제1호 나목 표에 따른 금액을 부담한다.
3) 6세 미만인 가입자 또는 피부양자가 약국 또는 한국희귀·필수의약품센터인 요양기관에서 처방전에 따라 의약품을 조제받는 경우

라. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성질환 또는 중증질환(이하 "희귀난치성질환등"이라 한다)을 가진 사람, 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만의 아동(이하 "희귀난치성질환자등"이라 한다) 중 희귀난치성질환자등이 속한 세대(배우자를 포함한다)의 소득 및 재산을 더하여 계산한 가액(이하 "소득인정액"이라 한다)이 「국민기초생활 보장법」 제2조제11호에 따른 기준 중위소득의 100분의 50 이하이고, 희귀난치성질환자등의 1촌의 직계혈족 및 그 배우자(이하 "부양의무자"라 한다)가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 공단의 본인일부부담금 경감 인정 신청(이하 "경감인정신청"이라 한다)을 하여 그 경감 인정을 받은 사람 또는 희귀난치성질환자등 중 본인일부부담금의 경감이 필요하다고 보건복지부장관이 정하는 사람으로서 경감인정신청을 한 사람에 대한 요양급여의 경우에는 다음의 구분에 따라 계산한 금액. 이 경우 소득인정액 산정의 기준이 되는 세대의 범위, 소득 및 재산의 범위, 소득인정액 산정방법 등 소득인정액의 산정에 필요한 사항 및 부양의무자가 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 경우의 구체적인 기준은 보건복지부령으로 정한다.

1) 희귀난치성질환등을 가진 사람인 경우에는 입원기간 중 식대(식대가산금액은 제외한다. 이하 이 목에서 같다)의 100분의 20
2) 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만의 아동인 경우에는 다음 표에 해당하는 금액에 입원기간 중 식대의 100분의 20을 더한 금액. 다만, 가목에 해당하거나 6세 미만 아동의 입원진료 또는 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환으로 요양급여를 받는 경우에는 입원기간 중 식대의 100분의 20만을 부담한다.

| 기관 종류 | 구분 | 본인일부부담금 |
|---|---|---|
| 상급종합병원 | 외래진료 및 입원진료 | 요양급여비용 총액의 100분의 14에 해당하는 금액. 다만, 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 다음의 구분에 따라 계산한 금액을 부담한다.<br>가) 정신건강의학과 입원진료 또는 나목2)(치매는 제외한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10<br>나) 제1호나목(임신부 외래진료만 해당한다), 이 호 나목2)(치매만 해당한다)·3), 마목, 차목 또는 하목에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5<br>다) 자목(6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료만 해당한다)에 따라 보건복지부장관이 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | 다) 자목(6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료만 해당한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 3<br>라) 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5 |
| 의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원 | 외래진료 | 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우 | 1,500원. 다만, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 본인일부부담금 없음 |
| | | 그 밖의 외래진료 | 1,000원. 다만, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 본인일부부담금 없음 |
| | 입원진료 | | 요양급여비용 총액의 100분의 14에 해당하는 금액. 다만, 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 다음의 구분에 따라 계산한 금액을 부담한다.<br>가) 정신건강의학과 입원진료 또는 나목2)(치매는 제외한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10<br>나) 나목2)(치매만 해당한다)·3), 마목 또는 차목(입원진료만 해당한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5<br>다) 자목(6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료만 해당한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 3 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 3<br>라) 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5 |
| 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원 | 「의료급여법 시행령」 별표1 제2호가목2)가)에 따른 만성질환자에 해당하는 사람이 그 만성질환에 대하여 외래진료를 받거나 해당 만성질환자가 나목2)(치매를 제외한다) 또는 마목에 따른 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우 | 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우 | 1,500원. 다만, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 본인일부부담금 없음 |
| | | 그 밖의 외래진료 | 1,000원. 다만, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 본인일부부담금 없음 |
| | 그 밖의 외래진료 및 입원진료 | | 요양급여비용 총액의 100분의 14에 해당하는 금액. 다만, 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 다음의 구분에 따라 계산한 금액을 부담한다.<br>가) 정신건강의학과 입원진료 또는 나목2)(치매는 제외한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10<br>나) 제1호나목(임신부 외래진료만 해당한다), 이 호 나목2)(치매만 해당한다)·3), 마목, 차목 또는 하목에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5 |

| | | |
|---|---|---|
| 보건소, 보건지소, 보건진료소 | 외래진료 및 입원진료 | 없음 |
| 약국, 한국희귀·필수의약품센터 | 「약사법」 제23조제3항 단서에 따라 처방전에 따르지 않고 직접 조제한 경우 | 900원 |
| | 보건소, 보건지소 및 보건진료소를 제외한 요양기관에서 발급한 처방전에 따라 조제한 경우 | 500원 |
| | 보건소, 보건지소 및 보건진료소에서 발급한 처방전에 따라 조제한 경우 | 없음 |

※ 비고

1. 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하거나 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하고 처방전을 함께 발급하는 경우에는 1,000원을 부담한다.
2. 외래진료로서 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 장비를 이용한 진료에 대해서는 그 의료장비를 이용한 비용 총액의 100분의 14[나목2)(치매는 제외한다)에 따른 환자의 경우에는 100분의 10, 나목2)(치매만 해당한다), 마목, 하목 또는 제1호나목(임신부 외래진료만 해당한다)에 따른 환자 및 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 100분의 5]를 부담한다.
3. 제21조제3항제2호에 따른 질병군에 대한 입원 진료의 경우 본인일부부담금은 제2호가목, 나목 또는 라목에 따라 계산한 금액에 위 표의 해당 기관 종류별 입원진료에 해당하는 본인부담률을 곱한 금액으로 한다.
4. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 격리 입원에 대해서는 그 입원료에 한정하여 해당 입원료의 100분의 5를 부담한다.
5. 임신부가 유산 또는 사산을 한 경우 해당 유산 또는 사산에 따른 외래진료는 위 표에 따른 임신부 외래진료에 포함한다.

3) 희귀난치성질환등을 가진 사람 중 65세 이상인 사람이 틀니 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5
4) 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 중 65세 이상인 사람이 틀니 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 15
5) 희귀난치성질환등을 가진 사람 중 65세 이상인 사람이 치과임플란트 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10
6) 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 중 65세 이상인 사람이 치과임플란트 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 20
7) 2)에도 불구하고 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만의 아동이 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품을 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5·18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「참전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈처장이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원 대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우는 제외한다]에는 요양급여비용 총액의 100분의 3. 다만, 본인일부부담금이 500원 미만이 되는 경우에는 500원을 본인일부부담금으로 한다.
8) 2)에도 불구하고 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만 아동의 입원진료로서 제왕절개분만에 대한 요양급여를 받는 경우에는 입원기간 중 식대의 100분의 20
9) 희귀난치성질환등을 가진 사람이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 30. 다만, 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 80으로 한다.
10) 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만 아동이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 40. 다만, 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 80으로 한다.

마. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환자에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)의 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액
바. 65세 이상인 사람이 틀니 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 그 요양급여비용 총액의 100분의 30
사. 65세 이상인 사람이 치과임플란트 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 30
아. 제왕절개분만을 위한 입원진료에 대하여 요양급여[라목8)에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다]를 받는 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액
자. 15세 이하 아동의 입원진료에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여[가목2) 및 라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다]를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액
차. 18세 이하 아동의 치아홈메우기 외래진료 또는 16세 이상 18세 이하 아동의 치아홈메우기 입원진료에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10
카. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 난임진료(인공수정 및 체외수정시술을 포함한다)에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 30
타. 다음의 경우에는 본인일부부담금은 없는 것으로 한다.

1) 제25조제3항제1호에 따른 일반건강검진 결과에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환이나 질병에 대하여 추가적인 진료 또는 검사의 필요성이 인정되는 사람이 그 질환이나 질병에 대하여 일반건강검진을 받은 날이 속하는 연도의 다음 연도 1월 31일까지 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여(의원 및 병원만 해당하되, 결핵에 대한 진료 또는 검사의 경우에는 종합병원 및 상급종합병원도 해당한다)를 받는 경우
2) 「의료법」 제34조에 따른 원격의료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여를 받는 경우
3) 요양급여를 의뢰받은 요양기관이 환자의 상태가 호전됨에 따라 요양급여를 의뢰한 요양기관 등으로 환자를 회송(回送)하는 경우로서 해당 환자가 회송과 관련하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여를 받는 경우

파. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대해 정신건강의학과 외래진료를 받은 경우(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)에는 다음 표에 따라 계산한 금액에 제1호나목에 따라 계산한 금액(다음 표에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용을 계산한 금액은 제외한다)을 더한 금액. 다만, 6세 미만의 경우에는 본인이 부담할 비용의 부담률(제1호나목 및 다음 표에 따른 부담률을 말한다)의 100분의 70에 해당하는 금액으로 하고, 65세 이상인 경우에는 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액으로 한다.

| 기관 종류 | 본인일부부담금 |
|---|---|
| 상급종합병원 | 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용 × 40/100 |
| 종합병원 | 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용 × 30/100 |
| 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원 | 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용 × 20/100 |
| 의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원 | 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용 × 10/100 |

하. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 조산아(早産兒)와 저체중 출생아의 외래진료(출생일부터 5년이 되는 날까지의 외래진료를 말한다)에 대한 요양급여로서 보건복지부장관이 정하는 요양급여의 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5

1) 삭제 <2019. 10. 22.>

2) 삭제 <2019. 10. 22.>

3) 삭제 <2019. 10. 22.>

거. 가목1)·2)·3), 나목, 다목1), 마목, 자목 및 하목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 50. 다만, 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 80으로 한다.

너. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경증질환자가 상급종합병원에서 외래진료를 받는 경우에는 요양급여비용 총액에 보건복지부장관이 정하여 고시하는 본인부담률을 곱한 금액

4. 제1호부터 제3호까지의 규정에도 불구하고 법 제41조의4 및 이 영 제18조의4에 따른 선별급여 항목의 경우에는 요양급여비용의 100분의 100의 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 부담한다.

5. 제1호 및 제3호에도 불구하고 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원 및 같은 호 마목에 따른 정신병원 외의 요양기관에서 입원진료를 받는 경우로서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실에 16일 이상 연속하여 입원하는 환자의 경우에는 요양급여비용 총액 중 입원료에 한정하여 다음 표의 구분에 따라 계산한 금액을 부담한다. 다만, 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대하여 입원진료를 받는 경우 및 질병 또는 환자 특성상 16일 이상 장기입원이 불가피한 경우로 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.

| 구분 | 본인일부부담금 | |
|---|---|---|
| | 입원일수 16일 이상 30일 이하 | 입원일수 31일 이상 |
| 가. 상급종합병원의 5인실 이상, 요양기관의 4인실 이상 | 16일째 입원일부터 30일째 입원일까지의 입원료 × 25/100 | 31일째 입원일부터의 입원료 × 30/100 |
| 나. 상급종합병원의 4인실, 종합병원·병원·한방병원의 3인실 | 16일째 입원일부터 30일째 입원일까지의 입원료 × 35/100 | 31일째 입원일부터의 입원료 × 40/100 |
| 다. 상급종합병원의 3인실, 종합병원·병원·한방병원의 2인실 | 16일째 입원일부터 30일째 입원일까지의 입원료 × 45/100 | 31일째 입원일부터의 입원료 × 50/100 |
| 라. 상급종합병원의 2인실 | 16일째 입원일부터 30일째 입원일까지의 입원료 × 55/100 | 31일째 입원일부터의 입원료 × 60/100 |

6. 제1호부터 제5호까지의 규정에도 불구하고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보건복지부령으로 정하는 항목의 요양급여비용의 100분의 100의 범위에서 보건복지부령으로 정하는 금액을 부담한다.

가. 법 제53조제3항에 따라 급여가 제한되는 경우

나. 법 제54조제3호 및 제4호에 따라 급여가 정지되는 경우

다. 법 제109조제10항에 따라 공단이 보험급여를 하지 않는 경우

라. 「학교폭력 예방 및 대책에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 학교폭력 중 학생 간의 폭행에 의한 경우

마. 보험재정에 상당한 부담을 준다고 인정되는 경우

바. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 경우

**[별표3] <개정 2021. 6. 29.>본인부담상한액의 산정방법(제19조제4항 관련)**

1. 본인부담상한액은 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준(이하 "상한액기준보험료"라 한다)에 따라 그 금액을 달리한다. 이 경우 상한액기준보험료의 구체적인 산정 기준·방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

2. 가입자 또는 피부양자의 본인부담상한액은 나목에 따른 상한액기준보험료의 구간별로 가목의 산정 방법에 따라 산정한다.

가. 본인부담상한액 산정 방법

1) 계산식

해당 연도 본인부담상한액 = 전년도 본인부담상한액 × (1 + 전국소비자물가변동률)

2) 전국소비자물가변동률은 「통계법」 제3조에 따라 통계청장이 매년 고시하는 전전년도와 대비한 전년도 전국소비자물가변동률을 적용하되, 그 전국소비자물가변동률이 100분의 5를 넘는 경우에는 100분의 5를 적용한다.

3) 1)의 계산식에 따라 해당 연도 본인부담상한액을 산정한 경우에 1만원 미만의 금액은 버린다.

나. 본인부담상한액 산정 단위 상한액기준보험료의 구간

1) 지역가입자인 경우. 이 경우 상한액기준보험료가 제32조제2호나목에 따른 월별 보험료액의 하한과 같은 경우에는 가)에 해당하는 것으로 본다.

가) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

나) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

다) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

라) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

마) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

바) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

사) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우

2) 직장가입자 또는 피부양자인 경우

가) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

나) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

다) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

라) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

마) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

바) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

사) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우

3. 본인부담상한액은 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원은 제외한다)에 120일을 초과하여 입원한 경우(이하 "120일 초과 입원"이라 한다)와 그 밖의 경우로 나누어 다음 각 목에 따라 적용한다.

가. 지역가입자인 경우

| 구 분 | 본인부담상한액 | |
|---|---|---|
| | 120일 초과 입원 | 그 밖의 경우 |
| 1) 제2호나목1)가)의 경우 | 125만원 | 81만원 |
| 2) 제2호나목1)나)의 경우 | 157만원 | 101만원 |
| 3) 제2호나목1)다)의 경우 | 211만원 | 152만원 |
| 4) 제2호나목1)라)의 경우 | 280만원 | |
| 5) 제2호나목1)마)의 경우 | 350만원 | |
| 6) 제2호나목1)바)의 경우 | 430만원 | |
| 7) 제2호나목1)사)의 경우 | 580만원 | |

나. 직장가입자 또는 피부양자인 경우

| 구 분 | 본인부담상한액 | |
|---|---|---|
| | 120일 초과 입원 | 그 밖의 경우 |
| 1) 제2호나목2)가)의 경우 | 125만원 | 81만원 |
| 2) 제2호나목2)나)의 경우 | 157만원 | 101만원 |
| 3) 제2호나목2)다)의 경우 | 211만원 | 152만원 |
| 4) 제2호나목2)라)의 경우 | 280만원 | |
| 5) 제2호나목2)마)의 경우 | 350만원 | |
| 6) 제2호나목2)바)의 경우 | 430만원 | |
| 7) 제2호나목2)사)의 경우 | 580만원 | |

## 법규8 금융소비자 보호에 관한 법률

**제2조(정의) 제9호**

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

9. "전문금융소비자"란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 "금융상품판매업자등"이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.
   가. 국가
   나. 「한국은행법」에 따른 한국은행
   다. 대통령령으로 정하는 금융회사
   라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)
   마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

**제19조(설명의무)**

① 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에게 계약 체결을 권유(금융상품자문업자가 자문에 응하는 것을 포함한다)하는 경우 및 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우에는 다음 각 호의 금융상품에 관한 중요한 사항(일반금융소비자가 특정 사항에 대한 설명만을 원하는 경우 해당 사항으로 한정한다)을 일반금융소비자가 이해할 수 있도록 설명하여야 한다.

1. 다음 각 목의 구분에 따른 사항
   가. 보장성 상품
      1) 보장성 상품의 내용
      2) 보험료(공제료를 포함한다. 이하 같다)
      3) 보험금(공제금을 포함한다. 이하 같다) 지급제한 사유 및 지급절차
      4) 위험보장의 범위
      5) 그 밖에 위험보장 기간 등 보장성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
2. 제1호 각 목의 금융상품과 연계되거나 제휴된 금융상품 또는 서비스 등(이하 "연계·제휴서비스등"이라 한다)이 있는 경우 다음 각 목의 사항
   가. 연계·제휴서비스등의 내용
   나. 연계·제휴서비스등의 이행책임에 관한 사항
   다. 그 밖에 연계·제휴서비스등의 제공기간 등 연계·제휴서비스등에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
3. 제46조에 따른 청약 철회의 기한·행사방법·효과에 관한 사항
4. 그 밖에 금융소비자 보호를 위하여 대통령령으로 정하는 사항

② 금융상품판매업자등은 제1항에 따른 설명에 필요한 설명서를 일반금융소비자에게 제공하여야 하며, 설명한 내용을 일반금융소비자가 이해하였음을 서명, 기명날인, 녹취 또는 그 밖에 대통령령으로 정하는 방법으로 확인을 받아야 한다. 다만, 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 설명서를 제공하지 아니할 수 있다.

③ 금융상품판매업자등은 제1항에 따른 설명을 할 때 일반금융소비자의 합리적인 판단 또는 금융상품의 가치에 중대한 영향을 미칠 수 있는 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항을 거짓으로 또는 왜곡(불확실한 사항에 대하여 단정적 판단을 제공하거나 확실하다고 오인하게 할 소지가 있는 내용을 알리는 행위를 말한다)하여 설명하거나 대통령령으로 정하는 중요한 사항을 빠뜨려서는 아니 된다.

④ 제2항에 따른 설명서의 내용 및 제공 방법·절차에 관한 세부내용은 대통령령으로 정한다.
[시행일:2021. 9. 25.] 제19조 중 금융상품자문업자 관련 부분

**제23조(계약서류의 제공의무)**
① 금융상품직접판매업자 및 금융상품자문업자는 금융소비자와 금융상품 또는 금융상품자문에 관한 계약을 체결하는 경우 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 계약서류를 금융소비자에게 지체 없이 제공하여야 한다. 다만, 계약내용 등이 금융소비자 보호를 해칠 우려가 없는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 계약서류를 제공하지 아니할 수 있다.
② 제1항에 따른 계약서류의 제공 사실에 관하여 금융소비자와 다툼이 있는 경우에는 금융상품직접판매업자 및 금융상품자문업자가 이를 증명하여야 한다.
③ 제1항에 따른 계약서류 제공의 방법 및 절차는 대통령령으로 정한다.
[시행일:2021. 9. 25.] 제23조 중 금융상품자문업자 관련 부분

**제28조(자료의 기록 및 유지·관리 등)**
① 금융상품판매업자등은 금융상품판매업등의 업무와 관련한 자료로서 대통령령으로 정하는 자료를 기록하여야 하며, 자료의 종류별로 대통령령으로 정하는 기간 동안 유지·관리하여야 한다.
② 금융상품판매업자등은 제1항에 따라 기록 및 유지·관리하여야 하는 자료가 멸실 또는 위조되거나 변조되지 아니하도록 적절한 대책을 수립·시행하여야 한다.
③ 금융소비자는 제36조에 따른 분쟁조정 또는 소송의 수행 등 권리구제를 위한 목적으로 제1항에 따라 금융상품판매업자등이 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다. 이하 이 조에서 같다)을 요구할 수 있다.
④ 금융상품판매업자등은 제3항에 따른 열람을 요구받았을 때에는 해당 자료의 유형에 따라 요구받은 날부터 10일 이내의 범위에서 대통령령으로 정하는 기간 내에 금융소비자가 해당 자료를 열람할 수 있도록 하여야 한다. 이 경우 해당 기간 내에 열람할 수 없는 정당한 사유가 있을 때에는 금융소비자에게 그 사유를 알리고 열람을 연기할 수 있으며, 그 사유가 소멸하면 지체 없이 열람하게 하여야 한다.
⑤ 금융상품판매업자등은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 금융소비자에게 그 사유를 알리고 열람을 제한하거나 거절할 수 있다.
1. 법령에 따라 열람을 제한하거나 거절할 수 있는 경우
2. 다른 사람의 생명·신체를 해칠 우려가 있거나 다른 사람의 재산과 그 밖의 이익을 부당하게 침해할 우려가 있는 경우
3. 그 밖에 열람으로 인하여 해당 금융회사의 영업비밀(「부정경쟁방지 및 영업비밀보호에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 영업비밀을 말한다)이 현저히 침해되는 등 열람하기 부적절한 경우로서 대통령령으로 정하는 경우
⑥ 금융상품판매업자등은 금융소비자가 열람을 요구하는 경우 대통령령으로 정하는 바에 따라 수수료와 우송료(사본의 우송을 청구하는 경우만 해당한다)를 청구할 수 있다.
⑦ 제3항부터 제5항까지의 규정에 따른 열람의 요구·제한, 통지 등의 방법 및 절차에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
[시행일 : 2021. 9. 25.]

**제36조(분쟁의 조정)**
① 조정대상기관, 금융소비자 및 그 밖의 이해관계인은 금융과 관련하여 분쟁이 있을 때에는 금융감독원장에게 분쟁조정을 신청할 수 있다.
② 금융감독원장은 제1항에 따른 분쟁조정 신청을 받았을 때에는 관계 당사자에게 그 내용을 통지하고 합의를 권고할 수 있다. 다만, 분쟁조정의 신청내용이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 합의를 권고하지 아니하거나 제4항에 따른 조정위원회에의 회부를 하지 아니할 수 있다.
1. 신청한 내용이 분쟁조정대상으로서 적합하지 아니하다고 금융감독원장이 인정하는 경우
2. 신청한 내용이 관련 법령 또는 객관적인 증명자료 등에 따라 합의권고절차 또는 조정절차를 진행할 실익이 없는 경우
3. 그 밖에 제1호나 제2호에 준하는 사유로서 대통령령으로 정하는 경우
③ 금융감독원장은 제2항 각 호 외의 부분 단서에 따라 합의권고를 하지 아니하거나 조정위원회에 회부하지 아니할 때에는 그 사실을 관계 당사자에게 서면으로 통지하여야 한다.
④ 금융감독원장은 분쟁조정 신청을 받은 날부터 30일 이내에 제2항 각 호 외의 부분 본문에 따른 합의가 이루어지지 아니할 때에는 지체 없이 조정위원회에 회부하여야 한다.
⑤ 조정위원회는 제4항에 따라 조정을 회부받았을 때에는 이를 심의하여 조정안을 60일 이내에 작성하여야 한다.
⑥ 금융감독원장은 조정위원회가 조정안을 작성하였을 때에는 신청인과 관계 당사자에게 제시하고 수락을 권고할 수 있다.
⑦ 신청인과 관계 당사자가 제6항에 따라 조정안을 제시받은 날부터 20일 이내에 조정안을 수락하지 아니한 경우에는 조정안을 수락하지 아니한 것으로 본다.

**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

**제46조(청약의 철회)**
① 금융상품판매업자등과 대통령령으로 각각 정하는 보장성 상품, 투자성 상품, 대출성 상품 또는 금융상품자문에 관한 계약의 청약을 한 일반금융소비자는 다음 각 호의 구분에 따른 기간(거래 당사자 사이에 다음 각 호의 기간보다 긴 기간으로 약정한 경우에는 그 기간) 내에 청약을 철회할 수 있다.
1. 보장성 상품: 일반금융소비자가 「상법」 제640조에 따른 보험증권을 받은 날부터 15일과 청약을 한 날부터 30일 중 먼저 도래하는 기간
② 제1항에 따른 청약의 철회는 다음 각 호에서 정한 시기에 효력이 발생한다.
1. 보장성 상품, 투자성 상품, 금융상품자문: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면(대통령령으로 정하는 방법에 따른 경우를 포함한다. 이하 이 절에서 "서면등"이라 한다)을 발송한 때
③ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등이 일반금융소비자로부터 받은 금전·재화등의 반환은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 한다.
1. 보장성 상품: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것
④ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에 대하여 청약의 철회에 따른 손해배상 또는 위약금 등 금전의 지급을 청구할 수 없다.
⑤ 보장성 상품의 경우 청약이 철회된 당시 이미 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 청약 철회의 효력은 발생하지 아니한다. 다만, 일반금융소비자가 보험금의 지급사유가 발생했음을 알면서 청약을 철회한 경우에는 그러하지 아니하다.
⑥ 제1항부터 제5항까지의 규정에 반하는 특약으로서 일반금융소비자에게 불리한 것은 무효로 한다.
⑦ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 청약 철회권의 행사 및 그에 따른 효과 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
[시행일:2021. 9. 25.] 제46조 중 금융상품자문업자 관련 부분

**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

## 법규9 금융소비자 보호에 관한 감독규정

**제2조(정의) 제6항 및 제8항**

⑥ 영 제2조제10항제1호아목에서 "금융위원회가 정하여 고시하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.

1. 법인·조합·단체
2. 「금융위원회의 설치등에 관한 법률」에 따른 금융감독원(이하 "금융감독원"이라 한다)
3. 「기술보증기금법」에 따른 기술보증기금
4. 「농업협동조합법」, 「산림조합법」, 「새마을금고법」, 「수산업협동조합법」에 따른 중앙회
5. 「대부업 등의 등록 및 금융이용자 보호에 관한 법률」에 따른 대부업자
6. 「신용보증기금법」에 따른 신용보증기금
7. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 거래소
8. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 집합투자기구(이하 "집합투자기구"라 한다)
9. 지방자치단체
10. 법 제2조제9호라목에 따른 주권상장법인
11. 법 제22조제1항제1호부터 제6호까지의 자
12. 주권을 외국 증권시장에 상장한 법인
13. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 외국인
    가. 외국 정부
    나. 국제기구
    다. 외국 중앙은행

⑧ 영 제2조제10항제2호바목·같은 항 제3호바목 및 제4호바목에서 "금융위원회가 정하여 고시하는 자"란 제6항제2호부터 제13호 중 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.

**제12조(설명의무) 제1항 및 제6항**

① 영 제13조제1항제5호에서 "금융위원회가 정하여 고시하는 사항"이란 별표 3 제1호 각 목의 사항을 말한다.

⑥ 영 제13조제8항제3호에서 "금융위원회가 정하여 고시하는 사항"이란 연계·제휴서비스등(금융상품과 연계되거나 제휴된 금융상품 또는 서비스 등을 말한다. 이하 같다)을 받을 수 있는 조건을 말한다.

## 법규10 금융소비자 보호에 관한 법률 시행령

**제2조(정의)**

⑦ 법 제2조제9호 각 목 외의 부분 단서에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 구분에 따른 자를 말한다.

3. 법 제3조제4호에 따른 보장성 상품(이하 "보장성 상품"이라 한다)의 경우: 다음 각 목에 해당하는 자
    가. 제2호가목·나목·바목 또는 사목에 해당하는 자
    나. 다음에 해당하는 외국법인
        1) 금융회사
        2) 제6항제3호부터 제6호까지에 규정된 자
        3) 「금융지주회사법」에 따른 금융지주회사
    다. 「보험업법 시행령」 제6조의2제3항제18호에 해당하는 자

⑧ 법 제2조제9호다목에서 "대통령령으로 정하는 금융회사"란 모든 금융회사를 말한다.

⑨ 법 제2조제9호라목에서 "대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등"이란 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 장외파생상품(이하 "장외파생상품"이라 한다)에 대한 계약의 체결 또는 계약 체결의 권유를 하거나 청약을 받는 것을 말한다.

⑩ 법 제2조제9호마목에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 구분에 따른 자를 말한다.

4. 보장성 상품의 경우: 다음 각 목에 해당하는 자
    가. 「보험업법」에 따른 보험요율 산출기관
    나. 「보험업법」에 따른 보험 관계 단체
    다. 「보험업법 시행령」 제6조의2제3항제18호에 해당하는 자
    라. 보장성 상품을 취급하는 금융상품판매대리·중개업자
    마. 제1호가목부터 바목까지에 해당하는 자
    바. 그 밖에 가목부터 마목까지의 자에 준하는 자로서 금융위원회가 정하여 고시하는 자

**제13조(설명의무)**

① 법 제19조제1항제1호가목5)에서 "대통령령으로 정하는 사항"이란 다음 각 호의 사항을 말한다.

1. 위험보장 기간
2. 계약의 해지·해제
3. 보험료의 감액 청구
4. 보험금 또는 해약환급금의 손실 발생 가능성
5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 사항에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항

⑦ 법 제19조제1항제2호다목에서 "대통령령으로 정하는 사항"이란 다음 각 호의 사항을 말한다.

1. 연계·제휴서비스등(금융상품과 연계되거나 제휴된 금융상품 또는 서비스 등을 말한다. 이하 같다)의 제공기간
2. 연계·제휴서비스등의 변경·종료에 대한 사전통지

⑧ 법 제19조제1항제4호에서 "대통령령으로 정하는 사항"이란 다음 각 호의 사항을 말한다.

1. 민원처리 및 분쟁조정 절차
2. 「예금자보호법」 등 다른 법률에 따른 보호 여부(대출성 상품은 제외한다)
3. 그 밖에 일반금융소비자의 의사결정 지원 또는 권익보호를 위해 필요한 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항

⑨ 법 제19조제3항에서 "대통령령으로 정하는 사항" 및 "대통령령으로 정하는 중요한 사항"이란 각각 같은 조 제1항 각 호의 구분에 따른 사항을 말한다.

**제22조(계약서류의 제공) 제3항**

법 제23조제1항 본문에 따라 금융상품직접판매업자 및 금융상품자문업자가 계약서류를 제공하는 때에는 다음 각 호의 방법으로 제공한다. 다만, 금융소비자가 다음 각 호의 방법 중 특정 방법으로 제공해 줄 것을 요청하는 경우에는 그 방법으로 제공해야 한다.

1. 서면교부
2. 우편 또는 전자우편
3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

## 법규11 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법

**제15조(보건진료소의 설치 · 운영)**

① 시장[도농복합형태(都農複合形態)의 시의 시장을 말하며, 읍 · 면 지역에서 보건진료소를 설치 · 운영하는 경우만 해당한다] 또는 군수는 보건의료 취약지역의 주민에게 보건의료를 제공하기 위하여 보건진료소를 설치 · 운영한다. 다만, 시 · 구의 관할구역의 도서지역에는 해당 시장 · 구청장이 보건진료소를 설치 · 운영할 수 있으며, 군 지역에 있는 보건진료소의 행정구역이 행정구역의 변경 등으로 시 또는 구 지역으로 편입된 경우에는 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 해당 시장 구청장이 보건진료소를 계속 운영할 수 있다.

② 보건진료소에 보건진료소장 1명과 필요한 직원을 두되, 보건진료소장은 보건진료 전담공무원으로 보한다.

③ 보건진료소의 설치기준은 보건복지부령으로 정한다.

[전문개정 2012.10.22.]

## 법규12 도로교통법

**제2조(정의) 제19호, 제19의2호**

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2012. 3. 21., 2013. 3. 23., 2014. 1. 28., 2014. 11. 19., 2017. 3. 21., 2017. 7. 26., 2017. 10. 24., 2018. 3. 27., 2020. 5. 26., 2020. 6. 9., 2020. 12. 22., 2021. 10. 19.>

19. "원동기장치자전거"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 차를 말한다.
   가. 「자동차관리법」 제3조에 따른 이륜자동차 가운데 배기량 125시시 이하(전기를 동력으로 하는 경우에는 최고정격출력 11킬로와트 이하)의 이륜자동차
   나. 그 밖에 배기량 125시시 이하(전기를 동력으로 하는 경우에는 최고정격출력 11킬로와트 이하)의 원동기를 단 차(「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제2조제1호의2에 따른 전기자전거는 제외한다)

19의2. "개인형 이동장치"란 제19호나목의 원동기장치자전거 중 시속 25킬로미터 이상으로 운행할 경우 전동기가 작동하지 아니하고 차체 중량이 30킬로그램 미만인 것으로서 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다.

**제12조(어린이 보호구역의 지정 및 관리)**

① 시장등은 교통사고의 위험으로부터 어린이를 보호하기 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 시설이나 장소의 주변도로 가운데 일정 구간을 어린이 보호구역으로 지정하여 자동차등과 노면전차의 통행속도를 시속 30킬로미터 이내로 제한할 수 있다. <개정 2013. 3. 23., 2014. 1. 28., 2014. 11. 19., 2015. 7. 24., 2017. 7. 26., 2018. 3. 27., 2021. 10. 19.>

1. 「유아교육법」 제2조에 따른 유치원, 「초·중등교육법」 제38조 및 제55조에 따른 초등학교 또는 특수학교
2. 「영유아보육법」 제10조에 따른 어린이집 가운데 행정안전부령으로 정하는 어린이집
3. 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조에 따른 학원 가운데 행정안전부령으로 정하는 학원
4. 「초·중등교육법」 제60조의2 또는 제60조의3에 따른 외국인학교 또는 대안학교, 「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제223조에 따른 국제학교 및 「경제자유구역 및 제주국제자유도시의 외국교육기관 설립·운영에 관한 특별법」 제2조제2호에 따른 외국교육기관 중 유치원·초등학교 교과과정이 있는 학교
5. 그 밖에 어린이가 자주 왕래하는 곳으로서 조례로 정하는 시설 또는 장소

② 제1항에 따른 어린이 보호구역의 지정절차 및 기준 등에 관하여 필요한 사항은 교육부, 행정안전부 및 국토교통부의 공동부령으로 정한다. <개정 2013. 3. 23., 2014. 11. 19., 2017. 7. 26.>

③ 차마 또는 노면전차의 운전자는 어린이 보호구역에서 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운행하여야 한다. <개정 2018. 3. 27.>

④ 지방경찰청장, 경찰서장 또는 시장등은 제3항을 위반하는 행위 등의 단속을 위하여 어린이 보호구역의 도로 중에서 행정안전부령으로 정하는 곳에 우선적으로 제4조의2에 따른 무인 교통단속용 장비를 설치하여야 한다. <신설 2019. 12. 24.>

⑤ 시장등은 제1항에 따라 지정한 어린이 보호구역에 어린이의 안전을 위하여 다음 각 호에 따른 시설 또는 장비를 우선적으로 설치하거나 관할 도로관리청에 해당 시설 또는 장비의 설치를 요청하여야 한다. <신설 2019. 12. 24.>

1. 어린이 보호구역으로 지정한 시설의 주 출입문과 가장 가까운 거리에 있는 간선도로상 횡단보도의 신호기
2. 속도 제한 및 횡단보도에 관한 안전표지
3. 「도로법」 제2조제2호에 따른 도로의 부속물 중 과속방지시설 및 차마의 미끄럼을 방지하기 위한 시설
4. 그 밖에 교육부, 행정안전부 및 국토교통부의 공동부령으로 정하는 시설 또는 장비

[전문개정 2011. 6. 8.]

**제43조(무면허운전 등의 금지)**

누구든지 제80조에 따라 시·도경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다. <개정 2020. 6. 9., 2020. 12. 22., 2021. 1. 12.>

**제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)**

① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다), 노면전차 또는 자전거를 운전하여서는 아니 된다. <개정 2018. 3. 27.>

② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등, 노면전차 또는 자전거를 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다. <개정 2014. 12. 30., 2018. 3. 27.>

③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.

④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다. <개정 2018. 12. 24.>

[전문개정 2011. 6. 8.]

**제54조(사고발생 시의 조치)**

① 차 또는 노면전차의 운전 등 교통으로 인하여 사람을 사상하거나 물건을 손괴(이하 "교통사고"라 한다)한 경우에는 그 차 또는 노면전차의 운전자나 그 밖의 승무원(이하 "운전자등"이라 한다)은 즉시 정차하여 다음 각 호의 조치를 하여야 한다. <개정 2014. 1. 28., 2016. 12. 2., 2018. 3. 27.>
1. 사상자를 구호하는 등 필요한 조치
2. 피해자에게 인적 사항(성명·전화번호·주소 등을 말한다. 이하 제148조 및 제156조제10호에서 같다) 제공

② 제1항의 경우 그 차 또는 노면전차의 운전자등은 경찰공무원이 현장에 있을 때에는 그 경찰공무원에게, 경찰공무원이 현장에 없을 때에는 가장 가까운 국가경찰관서(지구대, 파출소 및 출장소를 포함한다. 이하 같다)에 다음 각 호의 사항을 지체 없이 신고하여야 한다. 다만, 차 또는 노면전차만 손괴된 것이 분명하고 도로에서의 위험방지와 원활한 소통을 위하여 필요한 조치를 한 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2016. 12. 2., 2018. 3. 27.>
1. 사고가 일어난 곳
2. 사상자 수 및 부상 정도
3. 손괴한 물건 및 손괴 정도
4. 그 밖의 조치사항 등

③ 제2항에 따라 신고를 받은 국가경찰관서의 경찰공무원은 부상자의 구호와 그 밖의 교통위험 방지를 위하여 필요하다고 인정하면 경찰공무원(자치경찰공무원은 제외한다)이 현장에 도착할 때까지 신고한 운전자등에게 현장에서 대기할 것을 명할 수 있다.

④ 경찰공무원은 교통사고를 낸 차 또는 노면전차의 운전자등에 대하여 그 현장에서 부상자의 구호와 교통안전을 위하여 필요한 지시를 명할 수 있다. <개정 2018. 3. 27.>

⑤ 긴급자동차, 부상자를 운반 중인 차, 우편물자동차 및 노면전차 등의 운전자는 긴급한 경우에는 동승자 등으로 하여금 제1항에 따른 조치나 제2항에 따른 신고를 하게 하고 운전을 계속할 수 있다. <개정 2018. 3. 27.>

⑥ 경찰공무원(자치경찰공무원은 제외한다)은 교통사고가 발생한 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 필요한 조사를 하여야 한다.

[전문개정 2011. 6. 8.]

## 법규13 도로법

**제10조(도로의 종류와 등급)**

도로의 종류는 다음 각 호와 같고, 그 등급은 다음 각 호에 열거한 순서와 같다.
1. 고속국도(고속국도의 지선 포함)
2. 일반국도(일반국도의 지선 포함)
3. 특별시도(特別市道)·광역시도(廣域市道)
4. 지방도
5. 시도
6. 군도
7. 구도

**제11조(고속국도의 지정·고시)**

국토교통부장관은 도로교통망의 중요한 축(軸)을 이루며 주요 도시를 연결하는 도로로서 자동차(「자동차관리법」 제2조제1호에 따른 자동차와 「건설기계관리법」 제2조제1항제1호에 따른 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것을 말한다. 이하 제47조, 제113조 및 제115조제1호에서 같다) 전용의 고속교통에 사용되는 도로 노선을 정하여 고속국도를 지정·고시한다.

**제13조(고속국도 또는 일반국도의 지선)**

① 국토교통부장관은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 도로를 고속국도 또는 일반국도의 지선(이하 "지선"이라 한다)으로 지정·고시할 수 있다.
1. 고속국도 또는 일반국도와 인근의 도시·항만·공항·산업단지·물류시설 등을 연결하는 도로
2. 고속국도 또는 일반국도의 기능을 보완하기 위하여 해당 고속국도 또는 일반국도를 우회하거나 고속국도 또는 일반국도를 서로 연결하는 도로

② 제1항에서 정한 것 외에 지선의 지정 기준에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

③ 지선은 연결되는 주된 도로의 종류에 따라 각각 고속국도 또는 일반국도로 본다. 이 경우 지선이 연결되는 주된 도로의 범위는 국토교통부장관이 정한다.

**제52조(도로와 다른 시설의 연결)**

① 도로관리청이 아닌 자는 고속국도, 자동차전용도로, 그 밖에 대통령령으로 정하는 도로에 다른 도로나 통로, 그 밖의 시설을 연결시키려는 경우에는 미리 도로관리청의 허가를 받아야 하며, 허가받은 사항을 변경하려는 경우에도 또한 같다. 이 경우 고속국도나 자동차전용도로에는 도로, 「국토의 계획 및 이용에 관한 법률」 제60조제1항 각 호에 따른 개발행위로 설치하는 시설 또는 해당 시설을 연결하는 통로 외에는 연결시키지 못한다.

② 제1항에 따라 도로에 다른 도로, 통로나 그 밖의 시설을 연결시키려는 자는 도로에 연결시키려는 해당 시설을 소유하거나 임대하는 등의 방법으로 해당 시설을 사용할 수 있는 권원을 확보하여야 한다.

③ 제1항에 따른 허가(이하 "연결허가"라 한다)의 기준·절차 등 필요한 사항은 고속국도 및 일반국도(제23조제2항에 따라 시·도지사 또는 시장·군수·구청장이 도로관리청이 되는 일반국도는 제외한다)에 관하여는 국토교통부령으로 정하고, 그 밖의 도로에 관하여는 해당 도로관리청이 속해 있는 지방자치단체의 조례로 정한다.

④ 도로관리청은 연결허가를 할 때 도로와 다른 도로, 통로나 그 밖의 시설을 연결하면 대량의 교통수요가 발생할 우려가 있거나 교통체계상 다른 시설의 설치가 필요하다고 인정하는 경우에는 그 연결허가를 받는 자에게 원활한 교통 소통을 위한 시설의 설치·관리 등 필요한 조치를 하도록 할 수 있다.

⑤ 연결허가를 받아 도로에 연결하는 시설에 대하여는 제61조에 따른 도로점용허가를 받은 것으로 본다.

## 법규14 민법

**제27조(실종의 선고)**

① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.

② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다. <개정 1984.4.10.>

**제753조(미성년자의 책임능력)**

미성년자가 타인에게 손해를 가한 경우에 그 행위의 책임을 변식할 지능이 없는 때에는 배상의 책임이 없다.

**제754조(심신상실자의 책임능력)**

심신상실 중에 타인에게 손해를 가한 자는 배상의 책임이 없다. 그러나 고의 또는 과실로 인하여 심신상실을 초래한 때에는 그러하지 아니하다.

**제755조(감독자의 책임)**

① 다른 자에게 손해를 가한 사람이 제753조 또는 제754조에 따라 책임이 없는 경우에는 그를 감독할 법정의무가 있는 자가 그 손해를 배상할 책임이 있다. 다만, 감독의무를 게을리하지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.
② 감독의무자를 갈음하여 제753조 또는 제754조에 따라 책임이 없는 사람을 감독하는 자도 제1항의 책임이 있다.
[전문개정 2011.3.7.]

**제777조(친족의 범위)**
친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.
1. 8촌 이내의 혈족
2. 4촌 이내의 인척
3. 배우자
[전문개정 1990.1.13.]

## 법규15 민사소송법

**제254조(재판장등의 소장심사권)**
① 소장이 제249조제1항의 규정에 어긋나는 경우와 소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 재판장은 상당한 기간을 정하고, 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다. <개정 2014. 12. 30.>
② 원고가 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때에는 재판장은 명령으로 소장을 각하하여야 한다.
③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.
④ 재판장은 소장을 심사하면서 필요하다고 인정하는 경우에는 원고에게 청구하는 이유에 대응하는 증거방법을 구체적으로 적어 내도록 명할 수 있으며, 원고가 소장에 인용한 서증(書證)의 등본 또는 사본을 붙이지 아니한 경우에는 이를 제출하도록 명할 수 있다.

**제266조(소의 취하)**
① 소는 판결이 확정될 때까지 그 전부나 일부를 취하할 수 있다.
② 소의 취하는 상대방이 본안에 관하여 준비서면을 제출하거나 변론준비기일에서 진술하거나 변론을 한 뒤에는 상대방의 동의를 받아야 효력을 가진다.
③ 소의 취하는 서면으로 하여야 한다. 다만, 변론 또는 변론준비기일에서 말로 할 수 있다.
④ 소장을 송달한 뒤에는 취하의 서면을 상대방에게 송달하여야 한다.
⑤ 제3항 단서의 경우에 상대방이 변론 또는 변론준비기일에 출석하지 아니한 때에는 그 기일의 조서등본을 송달하여야 한다.
⑥ 소취하의 서면이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니한 경우에는 소취하에 동의한 것으로 본다. 제3항 단서의 경우에 있어서, 상대방이 기일에 출석한 경우에는 소를 취하한 날부터, 상대방이 기일에 출석하지 아니한 경우에는 제5항의 등본이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니하는 때에도 또한 같다.

**제269조(반소)**
① 피고는 소송절차를 현저히 지연시키지 아니하는 경우에만 변론을 종결할 때까지 본소가 계속된 법원에 반소를 제기할 수 있다. 다만, 소송의 목적이 된 청구가 다른 법원의 관할에 전속되지 아니하고 본소의 청구 또는 방어의 방법과 서로 관련이 있어야 한다.
② 본소가 단독사건인 경우에 피고가 반소로 합의사건에 속하는 청구를 한 때에는 법원은 직권 또는 당사자의 신청에 따른 결정으로 본소와 반소를 합의부에 이송하여야 한다. 다만, 반소에 관하여 제30조의 규정에 따른 관할권이 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

**제399조(원심재판장등의 항소장심사권)**
① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋난 경우와 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 원심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 원심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다. <개정 2014. 12. 30.>
② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때와, 항소기간을 넘긴 것이 분명한 때에는 원심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.
③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

**제402조(항소심재판장등의 항소장심사권)**
① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋나거나 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니하였음에도 원심재판장등이 제399조제1항의 규정에 의한 명령을 하지 아니한 경우, 또는 항소장의 부본을 송달할 수 없는 경우에는 항소심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 항소심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다. <개정 2014. 12. 30.>
② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때, 또는 제399조제2항의 규정에 따라 원심재판장이 항소장을 각하하지 아니한 때에는 항소심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.
③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

**제412조(반소의 제기)**
① 반소는 상대방의 심급의 이익을 해할 우려가 없는 경우 또는 상대방의 동의를 받은 경우에 제기할 수 있다.
② 상대방이 이의를 제기하지 아니하고 반소의 본안에 관하여 변론을 한 때에는 반소제기에 동의한 것으로 본다.

**제425조(항소심절차의 준용)**
상고와 상고심의 소송절차에는 특별한 규정이 없으면 제1장의 규정을 준용한다.

## 법규16 상법

**제651조(고지위반으로 인한 계약 해지)**
보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다. <개정 1991.12.31.>

**제651조의2(서면에 의한 설문의 효력)**
보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.
[본조신설 1991.12.31.]

**제657조(보험사고발생의 통지의무)**
① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.

② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 해태함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다. <신설 1991.12.31.>

**제682조(제3자에 대한 보험대위)**

① 손해가 제3자의 행위로 인하여 발생한 경우에 보험금을 지급한 보험자는 그 지급한 금액의 한도에서 그 제3자에 대한 보험계약자 또는 피보험자의 권리를 취득한다. 다만, 보험자가 보상할 보험금의 일부를 지급한 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위에서 그 권리를 행사할 수 있다.

② 보험계약자나 피보험자의 제1항에 따른 권리가 그와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우 보험자는 그 권리를 취득하지 못한다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그러하지 아니하다.

## 법규17 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

[본조신설 2018. 10. 30.]

## 법규18 소비자기본법

**제70조(단체소송의 대상 등)**

다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 단체는 사업자가 제20조의 규정을 위반하여 소비자의 생명·신체 또는 재산에 대한 권익을 직접적으로 침해하고 그 침해가 계속되는 경우 법원에 소비자권익침해행위의 금지·중지를 구하는 소송(이하 "단체소송"이라 한다)을 제기할 수 있다. <개정 2016.3.29.>

1. 제29조의 규정에 따라 공정거래위원회에 등록한 소비자단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체
   가. 정관에 따라 상시적으로 소비자의 권익증진을 주된 목적으로 하는 단체일 것
   나. 단체의 정회원수가 1천명 이상일 것
   다. 제29조의 규정에 따른 등록 후 3년이 경과하였을 것
2. 제33조에 따라 설립된 한국소비자원
3. 「상공회의소법」에 따른 대한상공회의소, 「중소기업협동조합법」에 따른 중소기업협동조합중앙회 및 전국 단위의 경제단체로서 대통령령이 정하는 단체
4. 「비영리민간단체 지원법」 제2조의 규정에 따른 비영리민간단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체
   가. 법률상 또는 사실상 동일한 침해를 입은 50인 이상의 소비자로부터 단체소송의 제기를 요청받을 것
   나. 정관에 소비자의 권익증진을 단체의 목적으로 명시한 후 최근 3년 이상 이를 위한 활동실적이 있을 것
   다. 단체의 상시 구성원수가 5천명 이상일 것
   라. 중앙행정기관에 등록되어 있을 것

## 법규19 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

**제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)**

① 신용정보제공·이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2015. 3. 11., 2018. 12. 11., 2020. 6. 9.>

1. 서면
2. 「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)
3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식

② 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공받을 때마다 개별적으로 동의(기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우는 제외한다)를 받아야 한다. 이 경우 개인신용정보를 제공받으려는 자는 개인신용정보의 조회 시 개인신용평점이 하락할 수 있는 때에는 해당 신용정보주체에게 이를 고지하여야 한다. <개정 2015. 3. 11., 2020. 2. 4.>

③ 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제2항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제2항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다. <개정 2020. 2. 4.>

④ 신용정보회사등은 개인신용정보의 제공 및 활용과 관련하여 동의를 받을 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 서비스 제공을 위하여 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 설명한 후 각각 동의를 받아야 한다. 이 경우 필수적 동의사항은 서비스 제공과의 관련성을 설명하여야 하며, 선택적 동의사항은 정보제공에 동의하지 아니할 수 있다는 사실을 고지하여야 한다. <신설 2015. 3. 11.>

⑤ 신용정보회사등은 신용정보주체가 선택적 동의사항에 동의하지 아니한다는 이유로 신용정보주체에게 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다. <신설 2015. 3. 11.>

⑥ 신용정보회사등(제9호의3을 적용하는 경우에는 데이터전문기관을 포함한다)이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제5항까지를 적용하지 아니한다. <개정 2015. 3. 11., 2020. 2. 4.>

1. 신용정보회사 및 채권추심회사가 다른 신용정보회사 및 채권추심회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리·활용하기 위하여 제공하는 경우
2. 제17조제2항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우
3. 영업양도·분할·합병 등의 이유로 권리·의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용

정보를 제공하는 경우
4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우
5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우
6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제5호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.
7. 조세에 관한 법률에 따른 질문·검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구함에 따라 제공하는 경우
8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우
9. 제2조제1호의4나목 및 다목의 정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용등급제공업무·기술신용평가업무를 하는 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
9의2. 통계작성, 연구, 공익적 기록보존 등을 위하여 가명정보를 제공하는 경우. 이 경우 통계작성에는 시장조사 등 상업적 목적의 통계작성을 포함하며, 연구에는 산업적 연구를 포함한다.
9의3. 제17조의2제1항에 따른 정보집합물의 결합 목적으로 데이터전문기관에 개인신용정보를 제공하는 경우
9의4. 다음 각 목의 요소를 고려하여 당초 수집한 목적과 상충되지 아니하는 목적으로 개인신용정보를 제공하는 경우
가. 양 목적 간의 관련성
나. 신용정보회사등이 신용정보주체로부터 개인신용정보를 수집한 경위
다. 해당 개인신용정보의 제공이 신용정보주체에게 미치는 영향
라. 해당 개인신용정보에 대하여 가명처리를 하는 등 신용정보의 보안대책을 적절히 시행하였는지 여부
10. 이 법 및 다른 법률에 따라 제공하는 경우
11. 제1호부터 제10호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

⑦ 제6항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 불가피한 사유가 있는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 또는 그 밖에 유사한 방법을 통하여 사후에 알리거나 공시할 수 있다. <개정 2011. 5. 19., 2015. 3. 11.>

⑧ 제6항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다. <개정 2015. 3. 11.>

⑨ 제8항에 따른 승인을 받아 개인신용정보를 제공받은 자는 해당 개인신용정보를 금융위원회가 정하는 바에 따라 현재 거래 중인 신용정보주체의 개인신용정보와 분리하여 관리하여야 한다. <신설 2015. 3. 11.>

⑩ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다. <개정 2015. 3. 11.>

⑪ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공·이용자는 제1항에 따라 미리 개별적 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다. <개정 2015. 3. 11.>

**제33조(개인신용정보의 이용)**

① 개인신용정보는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 이용하여야 한다.
1. 해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위한 목적으로 이용하는 경우
2. 제1호의 목적 외의 다른 목적으로 이용하는 것에 대하여 신용정보주체로부터 동의를 받은 경우
3. 개인이 직접 제공한 개인신용정보(그 개인과의 상거래에서 생긴 신용정보를 포함한다)를 제공받은 목적으로 이용하는 경우(상품과 서비스를 소개하거나 그 구매를 권유할 목적으로 이용하는 경우는 제외한다)
4. 제32조제6항 각 호의 경우
5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

② 신용정보회사등이 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 수집·조사하거나 제3자에게 제공하려면 미리 제32조제1항 각 호의 방식으로 해당 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

[전문개정 2020. 2. 4.]

## 법규20 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령

**제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)**

① 삭제 <2015.9.11.>

② 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항 각 호 외의 부분 본문에 따라 해당 신용정보주체로부터 동의를 받으려면 다음 각 호의 사항을 미리 알려야 한다. 다만, 동의 방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다. <개정 2015. 9. 11., 2020. 8. 4.>
1. 개인신용정보를 제공받는 자
2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
3. 제공하는 개인신용정보의 내용
4. 개인신용정보를 제공받는 자(개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관은 제외한다)의 정보 보유 기간 및 이용 기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항제4호에 따라 유무선 통신을 통하여 동의를 받은 경우에는 1개월 이내에 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지, 그 밖에 금융위원회가 정하여 고시하는 방법으로 제2항 각 호의 사항을 고지하여야 한다. <개정 2015.9.11.>

④ 법 제32조제1항제5호에서 "대통령령으로 정하는 방식"이란 정보 제공 동의의 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 활용함으로써 해당 신용정보주체에게 동의 내용을 알리고 동의의 의사표시를 확인하여 동의를 받는 방식을 말한다. <신설 2015.9.11.>

⑤ 제4항의 방식으로 해당 신용정보주체로부터 개인신용정보의 제공에 관한 동의를 받는 경우 신용정보제공·이용자와 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 채택하여 활용해야 한다. <개정 2015. 9. 11., 2020. 8. 4.>
1. 금융거래 등 상거래관계의 유형·특성·위험도
2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자의 업무 또는 업종의 특성
가. 신용정보제공·이용자
나. 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자
다. 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자
3. 정보 제공 동의를 받아야 하는 신용정보주체의 수

⑥ 법 제32조제2항에 따라 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항을 해당 개인에게 알리고 동의를 받아야 한다. 다만, 동의방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기

관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다. <개정 2020. 8. 4.>

1. 개인신용정보를 제공하는 자
2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
3. 제공받는 개인신용정보의 항목
4. 개인신용정보를 제공받는 것에 대한 동의의 효력기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

⑦ 법 제32조제3항에 따라 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관은 개인신용정보를 제공받으려는 자가 해당 신용정보주체로부터 동의를 받았는지를 서면, 전자적 기록 등으로 확인하고, 확인한 사항의 진위 여부를 주기적으로 점검해야 한다. <개정 2015. 9. 11., 2020. 8. 4.>

⑧ 법 제32조제4항 전단에 따라 신용정보제공·이용자가 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하는 경우에는 다음 각 호의 사항 등을 고려해야 한다. <신설 2015. 9. 11., 2020. 8. 4.>

1. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 그 신용정보주체와의 금융거래 등 상거래관계를 설정·유지할 수 없는지 여부
2. 해당 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의함으로써 제공·활용되는 개인신용정보가 신용정보제공·이용자와의 상거래관계에 따라 신용정보주체에게 제공되는 재화 또는 서비스(신용정보주체가 그 신용정보제공·이용자에게 신청한 상거래관계에서 제공하기로 한 재화 또는 서비스를 그 신용정보제공·이용자와 별도의 계약 또는 약정 등을 체결한 제3자가 신용정보주체에게 제공하는 경우를 포함한다)와 직접적으로 관련되어 있는지 여부
3. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 법 또는 다른 법령에 따른 의무를 이행할 수 없는지 여부

⑨ 신용정보제공·이용자가 법 제32조제4항 전단에 따라 필수적 동의 사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 동의를 받는 경우 동의서 양식을 구분하는 등의 방법으로 신용정보주체가 각 동의사항을 쉽게 이해할 수 있도록 해야 한다. <신설 2015. 9. 11., 2020. 8. 4.>

⑩ 법 제32조제6항제4호에서 "채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적"이란 다음 각 호의 목적을 말한다. <개정 2011. 8. 17., 2015. 9. 11., 2017. 1. 10., 2020. 8. 4.>

1. 채권추심을 의뢰한 채권자가 채권추심의 대상이 되는 자의 개인신용정보를 채권추심회사에 제공하거나 채권추심회사로부터 제공받기 위한 목적
2. 채권자 또는 채권추심회사가 변제기일까지 채무를 변제하지 않은 자 또는 채권추심의 대상이 되는 자에 대한 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 및 기업신용조회회사로부터 제공받기 위한 목적
3. 행정기관이 인가·허가 업무에 사용하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 및 기업신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받기 위한 목적
4. 해당 기업과의 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 그 기업의 대표자 및 제2조제9항 각 호의 어느 하나에 해당하는 자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적
5. 제21조제2항에 따른 금융기관이 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 또는 어음·수표 소지인이 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 변제 의사 및 변제자력을 확인하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관으로부터 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 개인신용정보를 제공받기 위한 목적
6. 「민법」 제450조에 따라 지명채권을 양수한 신용정보제공·이용자가 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관에 제공하거나 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적
   가. 지명채권의 양도인이 그 지명채권의 원인이 되는 상거래관계가 설정될 당시 법 제32조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받는 것에 대하여 해당 채무자로부터 동의를 받은 경우
   나. 법 또는 다른 법령에 따라 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받을 수 있는 경우
7. 삭제 <2020. 8. 4.>

⑪ 법 제32조제6항제11호에서 "대통령령으로 정하는 경우"란 다음 각 호의 경우를 말한다. <개정 2020. 8. 4.>

1. 장외파생상품 거래의 매매에 따른 위험 관리 및 투자자보호를 위해 장외파생상품 거래와 관련된 정보를 금융위원회, 금융감독원 및 한국은행에 제공하는 경우
2. 「상법」 제719조에 따른 책임보험계약의 제3자에 대한 정보를 보험사기 조사·방지를 위해 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
3. 「상법」 제726조의2에 따른 자동차보험계약의 제3자의 정보를 보험사기 조사·방지를 위해 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우

⑫ 신용정보회사등이 법 제32조제7항 본문에 따라 신용정보주체에게 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 알리는 경우와 같은 항 단서에 따라 불가피한 사유로 인하여 사후에 알리거나 공시하는 경우에 그 제공의 이유 및 그 알리거나 공시하는 자별로 알리거나 공시하는 시기 및 방법은 별표 2의2와 같다. <개정 2015. 9. 11.>

⑬ 법 제32조제8항에서 "대통령령으로 정하는 자"란 제5조제2항제1호부터 제21호까지의 규정의 어느 하나에 해당하는 기관을 말한다. <개정 2011. 8. 17., 2015. 9. 11., 2020. 8. 4.>

⑭ 법 제32조제8항에서 "제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항"이란 제공하는 개인신용정보의 범위, 제공받는 자의 신용정보 관리·보호 체계를 말한다. <개정 2011. 8. 17., 2015. 9. 11.>

**제28조의2(개인신용정보의 이용)**

법 제33조제2항에서 "대통령령으로 정하는 목적"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 업무를 수행하기 위해 필요한 경우 해당 각 호의 자가 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 그 업무와 관련하여 이용하기 위한 목적을 말한다.

1. 「보험업법」 제2조제6호에 따른 보험회사가 수행하는 같은 조 제2호에 따른 보험업 또는 같은 법 제11조의2에 따른 부수업무로서 개인의 건강 유지·증진 또는 질병의 사전예방 및 악화 방지 등의 목적으로 수행하는 업무
2. 「여신전문금융업법」 제2조제2호의2에 따른 신용카드업자가 수행하는 같은 법 제46조제1항제7호에 따른 부수업무로서 신용카드회원으로부터 수수료를 받고 신용카드회원에게 사망 또는 질병 등 특정 사고 발생 시 신용카드회원의 채무(같은 법 제2조제2호나목과 관련된 채무에 한정한다)를 면제하거나 그 채무의 상환을 유예하는 업무
3. 「우체국예금·보험에 관한 법률」에 따라 체신관서가 수행하는 보험업무
4. 공제조합등이 수행하는 공제사업
5. 본인신용정보관리회사가 수행하는 본인신용정보관리업으로서 개인인 신용정보주체에게 본인의 질병에 관한 정보를 통합하여 제공하기 위한 업무
6. 법 제25조의2에 따라 종합신용정보집중기관이 수행하는 업무
7. 제1호부터 제6호까지에서 규정한 업무 외에 금융기관이 금융소비자에게 경제적 혜택을 제공하거나 금융소비자의 피해를 방지하기 위해 수행하는 업무로서 총리령으로 정하는 업무

[본조신설 2020. 8. 4.]

## 법규21 약사법

**제2조(정의) 제1호 ~ 제3호**

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2007. 10. 17., 2008. 2. 29., 2009. 12. 29., 2010. 1. 18., 2011. 6. 7., 2013. 3. 23., 2014. 3. 18., 2016. 12. 2., 2017. 10. 24., 2019. 8. 27.>

1. "약사(藥事)"란 의약품·의약외품의 제조·조제·감정(鑑定)·보관·수입·판매[수여(授與)를 포함한다. 이하 같다]와 그 밖의 약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
2. "약사(藥師)"란 한약에 관한 사항 외의 약사(藥事)에 관한 업무(한약제제에 관한 사항을 포함한다)를 담당하는 자로서, "한약사"란 한약과 한약제제에 관한 약사(藥事) 업무를 담당하는 자로서 각각 보건복지부장관의 면허를 받은 자를 말한다.
3. "약국"이란 약사나 한약사가 수여할 목적으로 의약품 조제 업무[약국제제(藥局製劑)를 포함한다]를 하는 장소(그 개설자가 의약품 판매업을 겸하는 경우에는 그 판매업에 필요한 장소를 포함한다)를 말한다. 다만, 의료기관의 조제실은 예외로 한다.

## 법규22 의료급여법

**제7조(의료급여의 내용 등)**

① 이 법에 따른 수급권자의 질병·부상·출산 등에 대한 의료급여의 내용은 다음 각 호와 같다.
1. 진찰·검사
2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
3. 처치·수술과 그 밖의 치료
4. 예방·재활
5. 입원
6. 간호
7. 이송과 그 밖의 의료목적 달성을 위한 조치

② 제1항에 따른 의료급여의 방법·절차·범위·한도 등 의료급여의 기준에 관하여는 보건복지부령으로 정하고, 의료수가기준과 그 계산방법 등에 관하여는 보건복지부장관이 정한다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 의료급여의 기준을 정할 때에는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 의료급여 대상에서 제외할 수 있다.

[전문개정 2013. 6. 12.]

## 법규23 의료급여법 시행령

**제13조(급여비용의 부담)**

① 법 제10조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1과 같다. <개정 2003. 12. 30., 2005. 7. 5., 2013. 12. 11.>

② 삭제 <2005. 7. 5.>

③ 제1항의 규정에 불구하고 법 제15조제1항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건복지부령이 정하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건복지부령이 정하는 금액을 수급권자가 부담한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 3. 15.>

④ 제1항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 "급여대상 본인부담금"이라 한다)과 제3항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다. <개정 2004. 6. 29.>

⑤ 제4항의 규정에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제1호라목·마목, 같은 표 제2호마목·바목 및 같은 표 제3호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 매 30일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100분의 50에 해당하는 금액을 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할 금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 지급하지 아니한다. <개정 2004. 6. 29., 2007. 2. 28., 2008. 2. 29., 2010. 3. 15., 2012. 6. 7., 2014. 7. 16.>
1. 1종수급권자 : 2만원
2. 2종수급권자 : 20만원

⑥ 급여대상 본인부담금에서 제5항에 따라 지급받은 금액을 차감한 금액이 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다. 다만, 초과금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다. <개정 2004. 6. 29., 2007. 2. 28., 2009. 3. 31., 2017. 12. 29.>
1. 1종수급권자 : 매 30일간 5만원
2. 2종수급권자: 연간 80만원. 다만, 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다.

⑦ 시장·군수·구청장은 수급권자가 제6항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다. <신설 2004. 6. 29., 2008. 2. 29., 2010. 3. 15.>

## 법규24 의료법

**제3조(의료기관)**

① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. <개정 2009. 1. 30., 2011. 6. 7., 2016. 5. 29., 2019. 4. 23., 2020. 3. 4.>
1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 의원
   나. 치과의원
   다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 병원
   나. 치과병원
   다. 한방병원
   라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 정신병원
   바. 종합병원

**제3조의2(병원등)**

병원·치과병원·한방병원 및 요양병원(이하 "병원등"이라 한다)은 30개 이상의 병상(병원·한방병원만 해당한다) 또는 요양병상(요양병원만 해당하며, 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하기 위하

여 설치한 병상을 말한다)을 갖추어야 한다.
[본조신설 2009. 1. 30.]

**제3조의3(종합병원)**

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. <개정 2011. 8. 4.>
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과 · 외과 · 소아청소년과 · 산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치 · 운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.
[본조신설 2009. 1. 30.]

**제3조의4(상급종합병원 지정)**

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다. <개정 2010. 1. 18.>
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력 · 시설 · 장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다. <개정 2010. 1. 18.>

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다. <개정 2010. 1. 18.>

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다. <개정 2010. 1. 18.>

⑤ 상급종합병원 지정 · 재지정의 기준 · 절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2010. 1. 18.>
[본조신설 2009. 1. 30.]

**제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)**

① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.>

② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.

③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.>
1. 제28조제1항에 따른 의사회 · 치과의사회 · 한의사회에서 각각 추천하는 자
2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
3. 소비자단체에서 추천하는 자
4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원

④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.

⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.

⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.

⑦ 그 밖에 위원회 · 전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.>

## 법규25 자동차관리법 시행규칙

**제2조(자동차의 종별 구분)**

법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다. <개정 2015. 7. 7., 2017. 1. 6.>
[전문개정 2011. 12. 15.]

**[별표 1] <개정 2021. 8. 27.> 자동차의 종류(제2조관련)**

**1. 규모별 세부기준**

<table>
<tr><th rowspan="2">종류</th><th colspan="2">경형</th><th>소형</th><th>중형</th><th>대형</th></tr>
<tr><th>초소형</th><th>일반형</th></tr>
<tr><td>승용<br>자동차</td><td>배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고정격출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터 · 너비 1.5미터 · 높이 2.0미터 이하인 것</td><td>배기량이 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터 · 너비 1.6미터 · 높이 2.0미터 이하인 것</td><td>배기량이 1,600시시 미만이고, 길이 4.7미터 · 너비 1.7미터 · 높이 2.0미터 이하인 것</td><td>배기량이 1,600시시 이상 2,000시시 미만이거나, 길이 · 너비 · 높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것</td><td>배기량이 2,000시시 이상이거나, 길이 · 너비 · 높이 모두 소형을 초과하는 것</td></tr>
<tr><td>승합<br>자동차</td><td colspan="2">배기량이 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터 · 너비 1.6미터 · 높이 2.0미터 이하인 것</td><td>승차정원이 15인 이하이고, 길이 4.7미터 · 너비 1.7미터 · 높이 2.0미터 이하인 것</td><td>승차정원이 16인 이상 35인 이하이거나, 길이 · 너비 · 높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하고, 길이가 9미터 미만인 것</td><td>승차정원이 36인 이상이거나, 길이 · 너비 · 높이 모두 소형을 초과하고, 길이가 9미터 이상인 것</td></tr>
<tr><td>화물<br>자동차</td><td>배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고정격출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터 · 너비 1.5미터 · 높이 2.0미터 이하인 것</td><td>배기량이 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터 · 너비 1.6미터 · 높이 2.0미터 이하인 것</td><td>최대적재량이 1톤 이하이고, 총중량이 3.5톤 이하인 것</td><td>최대적재량이 1톤 초과 5톤 미만이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것</td><td>최대적재량이 5톤 이상이거나, 총중량이 10톤 이상인 것</td></tr>
<tr><td>특수<br>자동차</td><td colspan="2">배기량이 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터 · 너비1.6미터 · 높이 2.0미터 이하인 것</td><td>총중량이 3.5톤 이하인 것</td><td>총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것</td><td>총중량이 10톤 이상인 것</td></tr>
</table>

| 종류 | 경형 | | 소형 | 중형 | 대형 |
|---|---|---|---|---|---|
| | 초소형 | 일반형 | | | |
| 이륜 자동차 | 배기량이 50시시 미만(최고정격출력 4킬로와트 이하)인 것 | | 배기량이 100시시 이하(최고정격출력 11킬로와트 이하)인 것 | 배기량이 100시시 초과 260시시 이하(최고정격출력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)인 것 | 배기량이 260시시(최고정격출력 15킬로와트)를 초과하는 것 |

**2. 유형별 세부기준**

| 종류 | 유형별 | 세부기준 |
|---|---|---|
| 승용 자동차 | 일반형 | 2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 유선형인 것 |
| | 승용겸화물형 | 차실안에 화물을 적재하도록 장치된 것 |
| | 다목적형 | 후레임형이거나 4륜구동장치 또는 차동제한장치를 갖추는 등 험로운행이 용이한 구조로 설계된 자동차로서 일반형 및 승용겸화물형이 아닌 것 |
| | 기타형 | 위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용자동차인 것 |
| 승합 자동차 | 일반형 | 주목적이 여객운송용인 것 |
| | 특수형 | 특정한 용도(장의·헌혈·구급·보도·캠핑 등)를 가진 것 |
| 화물 자동차 | 일반형 | 보통의 화물운송용인 것 |
| | 덤프형 | 적재함을 원동기의 힘으로 기울여 적재물을 중력에 의하여 쉽게 미끄러뜨리는 구조의 화물운송용인 것 |
| | 밴형 | 지붕구조의 덮개가 있는 화물운송용인 것 |
| | 특수용도형 | 특정한 용도를 위하여 특수한 구조로 하거나, 기구를 장치한 것으로서 위 어느 형에도 속하지 아니하는 화물운송용인 것 |
| 특수 자동차 | 견인형 | 피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것 |
| | 구난형 | 고장·사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난·견인 할 수 있는 구조인 것 |
| | 특수용도형 | 위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수용도용인 것 |
| 이륜 자동차 | 일반형 | 자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것 |
| | 특수형 | 경주·오락 또는 운전을 즐기기 위한 경쾌한 구조인 것 |
| | 기타형 | 3륜 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg이하인 것 |

※ 비고

1. 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.
 가. 화물자동차 : 화물을 운송하기 적합하게 바닥 면적이 최소 2제곱미터 이상(소형·경형화물자동차로서 이동용 음식판매 용도인 경우에는 0.5제곱미터 이상, 그 밖에 초소형화물차 및 특수용도형의 경형화물자동차는 1제곱미터 이상을 말한다)인 화물적재공간을 갖춘 자동차로서 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차
 1) 승차공간과 화물적재공간이 분리되어 있는 자동차로서 화물적재공간의 윗부분이 개방된 구조의 자동차, 유류·가스 등을 운반하기 위한 적재함을 설치한 자동차 및 화물을 싣고 내리는 문을 갖춘 적재함이 설치된 자동차(구조·장치의 변경을 통하여 화물적재공간에 덮개가 설치된 자동차를 포함한다)
 2) 승차공간과 화물적재공간이 동일 차실내에 있으면서 화물의 이동을 방지하기 위해 칸막이벽을 설치한 자동차로서 화물적재공간의 바닥면적이 승차공간의 바닥면적(운전석이 있는 열의 바닥면적을 포함한다)보다 넓은 자동차
 3) 화물을 운송하는 기능을 갖추고 자체적하 기타 작업을 수행할 수 있는 설비를 함께 갖춘 자동차
 나. 법 제3조제1항제5호에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"란 승용자동차에 해당하지 않는 자동차로서 다음의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말한다.
 1) 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
 2) 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차
 3) 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차
2. 위 표 제1호에 따른 규모별 세부기준에 대하여는 다음 각 목의 기준을 적용한다.
 가. 사용연료의 종류가 전기인 자동차의 경우에는 복수 기준 중 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분하고, 「환경친화적자동차의 개발 및 보급촉진에 관한 법률」 제2조제5호에 따른 하이브리드자동차는 복수 기준 중 배기량과 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분한다.
 나. 복수의 기준중 하나가 작은 규모에 해당되고 다른 하나가 큰 규모에 해당되면 큰 규모로 구분한다.
 다. 이륜자동차의 최고정격출력(maximum continuous rated power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.

## 법규26 자동차손해배상보장법 시행령

**제2조(건설기계의 범위)**

「자동차손해배상 보장법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "「건설기계관리법」의 적용을 받는 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것"이란 다음 각 호의 것을 말한다. <개정 2014. 2. 5., 2021. 1. 5.>

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
 가. 트럭지게차
 나. 도로보수트럭
 다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

**제3조(책임보험금 등)**

① 법 제5조제1항에 따라 자동차보유자가 가입하여야 하는 책임보험 또는 책임공제(이하 "책임보험등"이라 한다)의 보험금 또는 공제금(이하 "책임보험금"이라 한다)은 피해자 1명당 다음 각 호의 금액과 같다. <개정 2014. 2. 5., 2014. 12. 30.>

1. 사망한 경우에는 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다.
2. 부상한 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 법 제15조제1항에 따른 자동차보험진료수가(診療酬價)에 관한 기준(이하 "자동차보험진료수가기준"이라 한다)에 따라 산출한 진료비 해당액에 미달하는 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 그 진료비 해당액으로 한다.
3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그

부상이 원인이 되어 신체의 장애(이하 "후유장애"라 한다)가 생긴 경우에는 별표 2에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액

② 동일한 사고로 제1항 각 호의 금액을 지급할 둘 이상의 사유가 생긴 경우에는 다음 각 호의 방법에 따라 책임보험금을 지급한다. <개정 2012. 8. 22.>

1. 부상한 자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호와 같은 항 제2호에 따른 한도금액의 합산액 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
2. 부상한 자에게 후유장애가 생긴 경우에는 제1항제2호와 같은 항 제3호에 따른 금액의 합산액
3. 제1항제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액

③ 법 제5조제2항에서 "대통령령으로 정하는 금액"이란 사고 1건당 2천만원의 범위에서 사고로 인하여 피해자에게 발생한 손해액을 말한다. <개정 2014. 12. 30.>

## 법규27 장기등 이식에 관한 법률

**제4조(정의)**

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2019. 1. 15., 2020. 4. 7.>

1. "장기등"이란 사람의 내장이나 그 밖에 손상되거나 정지된 기능을 회복하기 위하여 이식이 필요한 조직으로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.
   가. 신장·간장·췌장·심장·폐
   나. 말초혈(조혈모세포를 이식할 목적으로 채취하는 경우에 한정한다)·골수·안구
   다. 뼈·피부·근육·신경·혈관 등으로 구성된 복합조직으로서의 손·팔 또는 발·다리
   라. 제8조제2항제4호에 따라 장기등이식윤리위원회의 심의를 거쳐 보건복지부장관이 결정·고시한 것
   마. 그 밖에 사람의 내장 또는 조직 중 기능회복을 위하여 적출·이식할 수 있는 것으로서 대통령령으로 정하는 것
2. "장기등기증자"란 다른 사람의 장기등의 기능회복을 위하여 대가 없이 자신의 특정한 장기등을 제공하는 사람으로서 제14조에 따라 등록한 사람을 말한다.
3. "장기등기증희망자"란 본인이 장래에 뇌사 또는 사망할 때(말초혈 또는 골수의 경우에는 살아있을 때를 포함한다) 장기등을 기증하겠다는 의사표시를 한 사람으로서 제15조에 따라 등록한 사람을 말한다.
4. "장기등이식대기자"란 자신의 장기등의 기능회복을 목적으로 다른 사람의 장기등을 이식받기 위하여 제14조에 따라 등록한 사람을 말한다.
5. "살아있는 사람"이란 사람 중에서 뇌사자를 제외한 사람을 말하고, "뇌사자"란 이 법에 따른 뇌사판정기준 및 뇌사판정절차에 따라 뇌 전체의 기능이 되살아날 수 없는 상태로 정지되었다고 판정된 사람을 말한다.
6. "가족" 또는 "유족"이란 살아있는 사람·뇌사자 또는 사망한 자의 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람을 말한다. 다만, 14세 미만인 사람은 제외한다.
   가. 배우자
   나. 직계비속
   다. 직계존속
   라. 형제자매
   마. 가목부터 라목까지에 해당하는 가족 또는 유족이 없는 경우에는 4촌 이내의 친족

**제42조(장기등의 적출·이식 비용의 부담 등)**

① 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용은 해당 장기등을 이식받은 사람이 부담한다. 다만, 이식받은 사람이 부담하는 비용에 대하여 다른 법령에서 따로 정하는 경우에는 해당 법령에서 정하는 바에 따른다.

② 제1항에 따른 비용은 「국민건강보험법」에서 정하는 바에 따라 산출한다. 다만, 「국민건강보험법」에서 규정하지 아니한 비용은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 산출한다.

## 법규28 장애인복지법

**제32조(장애인 등록)**

① 장애인, 그 법정대리인 또는 대통령령으로 정하는 보호자(이하 "법정대리인등"이라 한다)는 장애 상태와 그 밖에 보건복지부령이 정하는 사항을 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수 또는 구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)에게 등록하여야 하며, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 등록을 신청한 장애인이 제2조에 따른 기준에 맞으면 장애인등록증(이하 "등록증"이라 한다)을 내주어야 한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18., 2010. 5. 27., 2015. 6. 22., 2017. 2. 8.>

② 삭제 <2017. 2. 8.>

③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따라 등록증을 받은 장애인의 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도 조정을 위하여 장애 진단을 받게 하는 등 장애인이나 법정대리인등에게 필요한 조치를 할 수 있다. <개정 2017. 2. 8., 2017. 12. 19.>

④ 장애인의 장애 인정과 장애 정도 사정(査定)에 관한 업무를 담당하게 하기 위하여 보건복지부에 장애판정위원회를 둘 수 있다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18., 2017. 12. 19.>

⑤ 등록증은 양도하거나 대여하지 못하며, 등록증과 비슷한 명칭이나 표시를 사용하여서는 아니 된다.

⑥ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따른 장애인 등록 및 제3항에 따른 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도를 조정함에 있어 장애인의 장애 인정과 장애 정도 사정이 적정한지를 확인하기 위하여 필요한 경우 대통령령으로 정하는 「공공기관의 운영에 관한 법률」 제4조에 따른 공공기관에 장애 정도에 관한 정밀심사를 의뢰할 수 있다. <신설 2010. 5. 27., 2015. 6. 22., 2015. 12. 29., 2017. 12. 19.>

⑦ 삭제 <2021. 7. 27.>

⑧ 제1항 및 제3항부터 제6항까지에서 규정한 사항 외에 장애인의 등록, 등록증의 발급, 장애 진단 및 장애 정도에 관한 정밀심사, 장애판정위원회 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18., 2010. 5. 27., 2015. 12. 29., 2017. 2. 8., 2021. 7. 27.>

## 법규29 장애인복지법시행규칙

**제2조(장애인의 장애 정도 등)**

① 「장애인복지법 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제2조제2항에 따른 장애 정도는 별표 1과 같다.

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 장애 정도의 구체적인 판정기준을 정하여 고시할 수 있다. <개정 2008. 3. 3., 2010. 3. 19., 2019. 6. 4.>

**제4조(장애인등록증 교부 등)**

① 시장·군수·구청장은 제3조에 따라 진단 결과나 장애 정도에 관한 심사 결과를 통보받은 경우에는 제2조에 따른 장애 정도에 해당하는지를 확인하여 장애인으로 등록해야 한다. 이 경우 해당 장애인에 대한 장애인등록카드를 작성하고, 장애인등록증(이하 "등록증"이라 한다)을 발급해야 한다. <개정 2019. 6. 4.>

② 장애인은 등록증을 잃어버리거나 그 등록증이 훼손되어 못 쓰게 되었을 때 또는 제3항에 따라 「여신전문금융업법」 제2조에 따른 신용카드나 직불카드(이하 "신용카드등"이라 한다)와 통합된 등록증으로

재발급 받으려는 경우에는 별지 제1호의4서식의 신청서에 등록증(등록증을 잃어버린 경우는 제외한다)을 첨부하여 관할 읍·면·동장을 거쳐 시장·군수·구청장에게 재발급을 신청하여야 한다. <개정 2009. 12. 31., 2016. 6. 30., 2021. 6. 4.>

③ 시장·군수·구청장은 제2항에 따라 장애인이 신용카드등과 통합된 등록증의 발급을 신청하는 경우에는 이를 발급할 수 있다.

④ 장애인은 등록증의 기재사항을 변경하려면 별지 제5호서식의 신청서에 장애인등록증과 기재사항의 변경 내용을 증명할 수 있는 서류를 첨부하여 관할 읍·면·동장을 거쳐 시장·군수·구청장에게 신청하여야 한다. 이 경우 시장·군수·구청장이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 기재사항의 변경내용을 증명할 수 있는 서류에 대한 정보를 확인할 수 있는 경우에는 그 확인으로 첨부서류를 갈음하되, 신청인이 확인에 동의하지 않는 경우에는 그 서류를 첨부하여야 한다. <개정 2010. 9. 1.>

**[별표 1] <개정 2021. 4. 13.> 장애인의 장애 정도(제2조 관련)**

1. 지체장애인
 가. 신체의 일부를 잃은 사람
  1) 장애의 정도가 심한 장애인
   가) 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람
   나) 한 손의 모든 손가락을 잃은 사람
   다) 두 다리를 가로발목뼈관절(Chopart's joint) 이상의 부위에서 잃은 사람
   라) 한 다리를 무릎관절 이상의 부위에서 잃은 사람
  2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
   가) 한 손의 엄지손가락을 잃은 사람
   나) 한 손의 둘째손가락을 포함하여 두 손가락을 잃은 사람
   다) 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 및 다섯째손가락을 모두 잃은 사람
   라) 한 다리를 발목발허리관절(lisfranc joint) 이상의 부위에서 잃은 사람
   마) 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람
 나. 관절장애가 있는 사람
  1) 장애의 정도가 심한 장애인
   가) 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 2개 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
   나) 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람
   다) 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
   라) 한 손의 모든 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
   마) 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 2개 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
   바) 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
   사) 두 다리의 엉덩관절, 무릎관절, 발목관절 중 2개 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
   아) 두 다리의 엉덩관절, 무릎관절, 발목관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
   자) 한 다리의 엉덩관절, 무릎관절, 발목관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
  2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
   가) 한 손의 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
   나) 한 손의 엄지손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
   다) 한 손의 둘째손가락을 포함하여 2개 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
   라) 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락, 다섯째손가락 모두의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
   마) 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람
   바) 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절 또는 손목관절 중 하나의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
   사) 두 발의 모든 발가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
   아) 한 다리의 엉덩관절, 무릎관절, 발목관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람
   자) 한 다리의 엉덩관절 또는 무릎관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
   차) 한 다리의 발목관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
 다. 지체기능장애가 있는 사람
  1) 장애의 정도가 심한 장애인
   가) 두 팔의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
   나) 두 손의 엄지손가락 및 둘째손가락의 기능을 잃은 사람
   다) 한 손의 모든 손가락의 기능을 잃은 사람
   라) 한 팔의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
   마) 한 다리의 기능을 잃은 사람
   바) 두 다리의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
   사) 목뼈 또는 등·허리뼈의 기능을 잃은 사람
  2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
   가) 한 팔의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
   나) 한 손의 둘째손가락을 포함하여 세 손가락의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
   다) 한 손의 엄지손가락의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
   라) 한 손의 둘째손가락을 포함하여 두 손가락의 기능을 잃은 사람
   마) 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 및 다섯째손가락 모두의 기능을 잃은 사람
   바) 두 발의 모든 발가락의 기능을 잃은 사람
   사) 한 다리의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
   아) 목뼈 또는 등·허리뼈의 기능이 저하된 사람
 라. 신체에 변형 등의 장애가 있는 사람(장애의 정도가 심하지 않은 장애인에 해당함)
  1) 한 다리가 건강한 다리보다 5센티미터 이상 짧거나 건강한 다리 길이의 15분의 1 이상 짧은 사람
  2) 척추옆굽음증(척추측만증)이 있으며, 굽은각도가 40도 이상인 사람
  3) 척추뒤굽음증(척추후만증)이 있으며, 굽은각도가 60도 이상인 사람
  4) 성장이 멈춘 만 18세 이상의 남성으로서 신장이 145센티미터 이하인 사람
  5) 성장이 멈춘 만 16세 이상의 여성으로서 신장이 140센티미터 이하인 사람
  6) 연골무형성증으로 왜소증에 대한 증상이 뚜렷한 사람
2. 뇌병변장애인
 가. 장애의 정도가 심한 장애인
  1) 보행 또는 일상생활동작이 상당히 제한된 사람
  2) 보행이 경미하게 제한되고 섬세한 일상생활동작이 현저히 제한된 사람
 나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
  보행 시 절뚝거림을 보이거나 섬세한 일상생활동작이 경미하게 제한된 사람
3. 시각장애인
 가. 장애의 정도가 심한 장애인
  1) 좋은 눈의 시력(공인된 시력표로 측정한 것을 말하며, 굴절이상이 있는 사람은 최대 교정시력을 기준으로 한다. 이하 같다)이 0.06 이하인 사람
  2) 두 눈의 시야가 각각 모든 방향에서 5도 이하로 남은 사람
 나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
  1) 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람
  2) 두 눈의 시야가 각각 모든 방향에서 10도 이하로 남은 사람
  3) 두 눈의 시야가 각각 정상시야의 50퍼센트 이상 감소한 사람
  4) 나쁜 눈의 시력이 0.02 이하인 사람
  5) 두 눈의 중심 시야에서 20도 이내에 겹보임[복시(複視)]이 있는 사람
4. 청각장애인
 가. 청력을 잃은 사람
  1) 장애의 정도가 심한 장애인

두 귀의 청력을 각각 80데시벨 이상 잃은 사람(귀에 입을 대고 큰소리로 말을 해도 듣지 못하는 사람)
2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
가) 두 귀에 들리는 보통 말소리의 최대의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람
나) 두 귀의 청력을 각각 60데시벨 이상 잃은 사람(40센티미터 이상의 거리에서 발성된 말소리를 듣지 못하는 사람)
다) 한 귀의 청력을 80데시벨 이상 잃고, 다른 귀의 청력을 40데시벨 이상 잃은 사람
나. 평형기능에 장애가 있는 사람
1) 장애의 정도가 심한 장애인
양측 평형기능의 소실로 두 눈을 뜨고 직선으로 10미터 이상을 지속적으로 걸을 수 없는 사람
2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
평형기능의 감소로 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60센티미터 이상 벗어나고, 복합적인 신체운동이 어려운 사람
5. 언어장애인
가. 장애의 정도가 심한 장애인
음성기능이나 언어기능을 잃은 사람
나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
음성·언어만으로는 의사소통을 하기 곤란할 정도로 음성기능이나 언어기능에 현저한 장애가 있는 사람
6. 지적장애인(장애의 정도가 심한 장애인에 해당함)
지능지수가 70 이하인 사람으로서 교육을 통한 사회적·직업적 재활이 가능한 사람
7. 자폐성장애인(장애의 정도가 심한 장애인에 해당함)
제10차 국제질병사인분류(International Classification of Diseases, 10th Version)의 진단기준에 따른 전반성발달장애(자폐증)로 정상발달의 단계가 나타나지 않고, 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 간헐적인 도움이 필요한 사람
8. 정신장애인
가. 장애의 정도가 심한 장애인
1) 조현병 또는 뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애로 망상, 환청, 사고장애 및 기괴한 행동 등의 양성증상이 있으나, 인격변화나 퇴행은 심하지 않은 경우로서 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 간헐적으로 도움이 필요한 사람
2) 양극성 정동장애(情動障碍, 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애)에 따른 기분·의욕·행동 및 사고의 장애증상이 심하지는 않으나, 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 간헐적으로 도움이 필요한 사람
3) 재발성 우울장애로 기분·의욕·행동 등에 대한 우울 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 간헐적으로 도움이 필요한 사람
4) 조현정동장애(調絃情動障碍)로 1)부터 3)까지에 준하는 증상이 있는 사람
나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
1) 조현병 또는 뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애로 망상, 환청, 사고장애 및 기괴한 행동 등의 양성증상이 있으나, 인격변화나 퇴행은 심하지 않은 경우로서 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 경미한 도움이 필요한 사람
2) 양극성 정동장애(情動障碍, 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애)에 따른 기분·의욕·행동 및 사고의 장애증상이 심하지는 않으나, 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 경미한 도움이 필요한 사람
3) 재발성 우울장애로 기분·의욕·행동 등에 대한 우울 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 경미한 도움이 필요한 사람
4) 조현정동장애(調絃情動障碍)로 1)부터 3)까지에 준하는 증상이 있는 사람
5) 지속적인 치료에도 호전되지 않는 강박장애, 투렛장애(Tourette 's disorder) 또는 기면증으로 기분·의욕·행동 및 사고의 장애증상이 심한 경우로서 일상생활이나 사회생활에 수시로 도움이 필요한 사람
9. 신장장애인
가. 장애의 정도가 심한 장애인
만성신부전증으로 3개월 이상 혈액투석이나 복막투석을 받고 있는 사람
나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
신장을 이식받은 사람
10. 심장장애인
가. 장애의 정도가 심한 장애인
심장기능의 장애가 지속되며, 가정에서 가벼운 활동은 할 수 있지만 그 이상의 활동을 하면 심부전증상이나 협심증증상 등이 나타나 정상적인 사회활동을 하기 어려운 사람
나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
심장을 이식받은 사람
11. 호흡기장애인
가. 장애의 정도가 심한 장애인
1) 만성호흡기 질환으로 기관절개관을 유지하고 24시간 인공호흡기로 생활하는 사람
2) 폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능장애로 평지에서 보행해도 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제날숨량) 또는 폐확산능(폐로 유입된 공기가 혈액내로 녹아드는 정도)이 정상예측치의 40퍼센트 이하이거나 안정시 자연호흡상태에서의 동맥혈 산소분압이 65밀리미터수은주(㎜Hg) 이하인 사람
나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
1) 폐를 이식받은 사람
2) 늑막루가 있는 사람
12. 간장애인
가. 장애의 정도가 심한 장애인
1) 간경변증, 간세포암종 등 만성 간질환을 가진 것으로 진단받은 사람 중 잔여 간기능이 만성 간질환 평가척도(Child-Pugh score) 평가상 C등급인 사람
2) 간경변증, 간세포암종 등 만성 간질환을 가진 것으로 진단받은 사람 중 잔여 간기능이 만성 간질환 평가척도(Child-Pugh score) 평가상 B등급이면서 난치성 복수(腹水)가 있거나 간성뇌증 등의 합병증이 있는 사람
나) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
간을 이식받은 사람
13. 안면장애인
가. 장애의 정도가 심한 장애인
1) 노출된 안면부의 75퍼센트 이상이 변형된 사람
2) 노출된 안면부의 50퍼센트 이상이 변형되고 코 형태의 3분의 2 이상이 없어진 사람
나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
1) 코 형태의 3분의 1 이상이 없어진 사람
2) 노출된 안면부의 45퍼센트 이상에 백반증(白斑症)이 있는 사람
3) 노출된 안면부의 30퍼센트 이상이 변형된 사람
14. 장루·요루장애인
가. 장애의 정도가 심한 장애인
1) 배변을 위한 말단 공장루를 가지고 있는 사람
2) 장루와 함께 요루 또는 방광루를 가지고 있는 사람
3) 장루 또는 요루를 가지고 있으며, 합병증으로 장피누공 또는 배뇨기능장애가 있는 사람
나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
1) 장루 또는 요루를 가진 사람
2) 방광루를 가진 사람
15. 뇌전증장애인

가. 성인 뇌전증
1) 장애의 정도가 심한 장애인
만성적인 뇌전증에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 연 6회 이상의 발작(중증 발작은 월 5회 이상을 연 1회, 경증 발작은 월 10회 이상을 연 1회로 본다)이 있고, 발작으로 인한 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 두통, 구역질, 인지기능의 장애 등으로 요양관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에서 보호와 관리가 수시로 필요한 사람
2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
만성적인 뇌전증에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 연 3회 이상의 발작(중증 발작은 월 1회 이상을 연 1회, 경증 발작은 월 2회 이상을 연 1회로 본다)이 있고, 이에 따라 협조적인 대인관계가 곤란한 사람
나. 소아청소년 뇌전증
1) 장애의 정도가 심한 장애인
전신발작, 뇌전증성 뇌병증, 근간대(筋間代) 발작, 부분발작 등으로 요양관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에서 보호와 관리가 수시로 필요한 사람
2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
전신발작, 뇌전증성 뇌병증, 근간대(筋間代) 발작, 부분발작 등으로 일상생활 및 사회생활에서 보호와 관리가 필요한 사람

16. 중복된 장애의 합산 판정
정도가 심하지 않은 장애를 둘 이상 가진 장애인은 보건복지부장관이 고시하는 바에 따라 장애의 정도가 심한 장애인으로 볼 수 있다. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그렇지 않다.
가. 지체장애와 뇌병변장애가 같은 부위에 중복된 경우
나. 지적장애와 자폐성장애가 중복된 경우
다. 그 밖에 중복장애로 합산하여 판정하는 것이 타당하지 않다고 보건복지부장관이 정하는 경우

## 법규30 장애인복지법 시행령

**제2조 (장애의 종류 및 기준)**
① 「장애인복지법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제2항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자"란 별표 1에서 정한 사람을 말한다. <개정 2018. 12. 31.>
② 장애의 정도는 보건복지부령으로 정한다. <개정 2018. 12. 31.>

**[별표 1] <개정 2021. 4. 13.>장애인의 종류 및 기준에 따른 장애인(제2조 관련)**
1. 지체장애인(肢體障碍人)
가. 한 팔, 한 다리 또는 몸통의 기능에 영속적인 장애가 있는 사람
나. 한 손의 엄지손가락을 지골(指骨 : 손가락 뼈) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 두 개 이상의 손가락을 모두 제1지골 관절 이상의 부위에서 잃은 사람
다. 한 다리를 가로발목뼈관절(lisfranc joint) 이상의 부위에서 잃은 사람
라. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람
마. 한 손의 엄지손가락 기능을 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 손가락 두 개 이상의 기능을 잃은 사람
바. 왜소증으로 키가 심하게 작거나 척추에 현저한 변형 또는 기형이 있는 사람
사. 지체(肢體)에 위 각 목의 어느 하나에 해당하는 장애정도 이상의 장애가 있다고 인정되는 사람
2. 뇌병변장애인(腦病變障碍人)
뇌성마비, 외상성 뇌손상, 뇌졸중(腦卒中) 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 발생한 신체적 장애로 보행이나 일상생활의 동작 등에 상당한 제약을 받는 사람
3. 시각장애인(視覺障碍人)
가. 나쁜 눈의 시력(공인된 시력표에 따라 측정된 교정시력을 말한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람
나. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람
다. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 사람
라. 두 눈의 시야 2분의 1 이상을 잃은 사람
마. 두 눈의 중심 시야에서 20도 이내에 겹보임[복시(複視)]이 있는 사람
4. 청각장애인(聽覺障碍人)
가. 두 귀의 청력 손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람
나. 한 귀의 청력 손실이 80데시벨 이상, 다른 귀의 청력 손실이 40데시벨 이상인 사람
다. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람
라. 평형 기능에 상당한 장애가 있는 사람
5. 언어장애인(言語障碍人)
음성 기능이나 언어 기능에 영속적으로 상당한 장애가 있는 사람
6. 지적장애인(知的障碍人)
정신 발육이 항구적으로 지체되어 지적 능력의 발달이 불충분하거나 불완전하고 자신의 일을 처리하는 것과 사회생활에 적응하는 것이 상당히 곤란한 사람
7. 자폐성장애인(自閉性障碍人)
소아기 자폐증, 비전형적 자폐증에 따른 언어 · 신체표현 · 자기조절 · 사회적응 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람
8. 정신장애인(精神障碍人)
다음 각 목의 장애·질환에 따른 감정조절·행동·사고 기능 및 능력의 장애로 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람
가. 지속적인 양극성 정동장애(情動障碍, 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애), 조현병, 조현정동장애(調絃情動障碍) 및 재발성 우울장애
나. 지속적인 치료에도 호전되지 않는 강박장애, 뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애, 투렛장애(Tourette's disorder) 및 기면증
9. 신장장애인(腎臟障碍人)
신장의 기능장애로 인하여 혈액투석이나 복막투석을 지속적으로 받아야 하거나 신장기능의 영속적인 장애로 인하여 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
10. 심장장애인(心臟障碍人)
심장의 기능부전으로 인한 호흡곤란 등의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
11. 호흡기장애인(呼吸器障碍人)
폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적 기능부전으로 인한 호흡기능의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
12. 간장애인(肝障碍人)
간의 만성적 기능부전과 그에 따른 합병증 등으로 인한 간기능의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
13. 안면장애인(顔面障碍人)
안면 부위의 변형이나 기형으로 사회생활에 상당한 제약을 받는 사람
14. 장루 · 요루장애인(腸瘻 · 尿瘻障碍人)
배변기능이나 배뇨기능의 장애로 인하여 장루(腸瘻) 또는 요루(尿瘻)를 시술하여 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
15. 뇌전증장애인(腦電症障碍人)
뇌전증에 의한 뇌신경세포의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람

## 법규31 전자서명법

**제2조(정의) 제2호**

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

## 법규32 제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법

**제80조(교육지원청에 관한 특례)**

① 「지방교육자치에 관한 법률」 제34조제1항에도 불구하고 제주자치도의 교육·학예에 관한 사무를 분장하기 위하여 각 행정시를 관할구역으로 하는 교육지원청을 둔다.
② 「지방교육자치에 관한 법률」 제34조제2항 및 제4항에도 불구하고 교육지원청의 관할구역과 명칭, 조직과 운영 등은 도조례로 정한다.
③ 「지방교육자치에 관한 법률」 제34조제3항 및 「교육공무원법」 제58조에도 불구하고 교육지원청에 교육장을 두며, 교육장을 임명할 때에는 후보자를 공개모집할 수 있다.
④ 제3항에 따라 공개모집하는 교육장의 자격, 공개모집절차, 후보자의 심사 등에 필요한 사항은 도조례로 정한다.

## 법규33 지방교육자치에 관한 법률

**제34조(하급교육행정기관의 설치 등)**

① 시·도의 교육·학예에 관한 사무를 분장하기 위하여 1개 또는 2개 이상의 시·군 및 자치구를 관할구역으로 하는 하급교육행정기관으로서 교육지원청을 둔다. <개정 2013. 12. 30.>
② 교육지원청의 관할구역과 명칭은 대통령령으로 정한다. <개정 2013. 12. 30.>
③ 교육지원청에 교육장을 두되 장학관으로 보하고, 그 임용에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. <개정 2013. 12. 30.>
④ 교육지원청의 조직과 운영 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. <개정 2013. 12. 30.>

## 법규34 지역보건법

**제10조(보건소의 설치)**

① 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위하여 시·군·구에 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)를 설치한다.
② 동일한 시·군·구에 2개 이상의 보건소가 설치되어 있는 경우 해당 지방자치단체의 조례로 정하는 바에 따라 업무를 총괄하는 보건소를 지정하여 운영할 수 있다.

**제12조(보건의료원)**

보건소 중 「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원의 요건을 갖춘 보건소는 보건의료원이라는 명칭을 사용할 수 있다.

**제13조(보건지소의 설치)**

지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소의 지소(이하 "보건지소"라 한다)를 설치할 수 있다.

## 법규35 학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률

**제2조(정의)**

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2008. 3. 28., 2011. 7. 25., 2016. 1. 19., 2021. 3. 23., 2021. 8. 17.>

1. "학원"이란 사인(私人)이 대통령령으로 정하는 수 이상의 학습자 또는 불특정다수의 학습자에게 30일 이상의 교습과정(교습과정의 반복으로 교습일수가 30일 이상이 되는 경우를 포함한다. 이하 같다)에 따라 지식·기술(기능을 포함한다. 이하 같다)·예능을 교습(상급학교 진학에 필요한 컨설팅 등 지도를 하는 경우와 정보통신기술 등을 활용하여 원격으로 교습하는 경우를 포함한다. 이하 같다)하거나 30일 이상 학습장소로 제공되는 시설을 말한다. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 시설은 제외한다.
   가. 「유아교육법」, 「초·중등교육법」, 「고등교육법」, 그 밖의 법령에 따른 학교
   나. 도서관·박물관 및 과학관
   다. 사업장 등의 시설로서 소속 직원의 연수를 위한 시설
   라. 「평생교육법」에 따라 인가·등록·신고 또는 보고된 평생교육시설
   마. 「국민 평생 직업능력 개발법」에 따른 직업능력개발훈련시설이나 그 밖에 평생교육에 관한 다른 법률에 따라 설치된 시설
   바. 「도로교통법」에 따른 자동차운전학원
   사. 「주택법」 제2조제3호에 따른 공동주택에 거주하는 자가 공동으로 관리하는 시설로서 같은 법 제43조에 따른 입주자대표회의의 의결을 통하여 영리를 목적으로 하지 아니하고 입주민을 위한 교육을 하기 위하여 설치하거나 사용하는 시설
2. "교습소"란 제4호에 따른 과외교습을 하는 시설로서 학원 및 제1호 각 목의 시설이 아닌 시설을 말한다.
3. "개인과외교습자"란 다음 각 목의 시설에서 교습비등을 받고 과외교습을 하는 자를 말한다.
   가. 학습자의 주거지 또는 교습자의 주거지로서 「건축법」 제2조제2항에 따른 단독주택 또는 공동주택
   나. 제1호사목에 따른 시설
4. "과외교습"이란 초등학교·중학교·고등학교 또는 이에 준하는 학교의 학생이나 학교 입학 또는 학력 인정에 관한 검정을 위한 시험 준비생에게 지식·기술·예능을 교습하는 행위를 말한다. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위는 제외한다.
   가. 제1호가목부터 바목까지의 시설에서 그 설치목적에 따라 행하는 교습행위
   나. 같은 등록기준지 내의 친족이 하는 교습행위
   다. 대통령령으로 정하는 봉사활동에 속하는 교습행위
5. "학습자"란 다음 각 목의 자를 말한다.
   가. 학원이나 교습소에서 교습을 받는 자
   나. 30일 이상 학습장소로 제공되는 시설을 이용하는 자
   다. 개인과외교습자로부터 교습을 받는 자
6. "교습비등"이란 학습자가 다음 각 목의 자에게 교습이나 학습장소 이용의 대가로 납부하는 수강료

・이용료 또는 교습료 등(이하 “교습비”라 한다)과 그 외에 추가로 납부하는 모든 경비(이하 “기타경비”라 한다)를 말한다.
가. 학원을 설립・운영하는 자(이하 “학원설립・운영자”라 한다)
나. 교습소를 설립・운영하는 자(이하 “교습자”라 한다)
다. 개인과외교습자

## 법규36 형법

**제24장 살인의 죄**

**제250조(살인, 존속살해)**
① 사람을 살해한 자는 사형, 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
② 자기 또는 배우자의 직계존속을 살해한 자는 사형, 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다. <개정 1995. 12. 29.>

**제251조(영아살해)**
직계존속이 치욕을 은폐하기 위하거나 양육할 수 없음을 예상하거나 특히 참작할 만한 동기로 인하여 분만중 또는 분만직후의 영아를 살해한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.

**제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인등)**
① 사람의 촉탁 또는 승낙을 받어 그를 살해한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
② 사람을 교사하거나 방조하여 자살하게 한 자도 제1항의 형에 처한다.
[전문개정 2020. 12. 8.]

**제253조(위계등에 의한 촉탁살인등)**
전조의 경우에 위계 또는 위력으로써 촉탁 또는 승낙하게 하거나 자살을 결의하게 한 때에는 제250조의 예에 의한다.

**제254조(미수범)**
전4조의 미수범은 처벌한다.

**제255조(예비, 음모)**
제250조와 제253조의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 자는 10년 이하의 징역에 처한다.

**제256조(자격정지의 병과)**
제250조, 제252조 또는 제253조의 경우에 유기징역에 처할 때에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

**제25장 상해와 폭행의 죄**

**제257조(상해, 존속상해)**
① 사람의 신체를 상해한 자는 7년 이하의 징역, 10년 이하의 자격정지 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995. 12. 29.>
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995. 12. 29.>
③ 전 2항의 미수범은 처벌한다.

**제258조(중상해, 존속중상해)**
① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.
③ 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전2항의 죄를 범한 때에는 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다. <개정 2016. 1. 6.>

**제259조(상해치사)**
① 사람의 신체를 상해하여 사망에 이르게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다. <개정 1995. 12. 29.>
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전항의 죄를 범한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

**제260조(폭행, 존속폭행)**
① 사람의 신체에 대하여 폭행을 가한 자는 2년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다. <개정 1995. 12. 29.>
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995. 12. 29.>
③ 제1항 및 제2항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다. <개정 1995. 12. 29.>

**제261조(특수폭행)**
단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제260조제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995. 12. 29.>

**제262조(폭행치사상)**
전2조의 죄를 범하여 사람을 사상에 이르게 한때에는 제257조 내지 제259조의 예에 의한다.

**제263조(동시범)**
독립행위가 경합하여 상해의 결과를 발생하게 한 경우에 있어서 원인된 행위가 판명되지 아니한 때에는 공동정범의 예에 의한다.

**제264조(상습범)**
상습으로 제257조, 제258조, 제258조의2, 제260조 또는 제261조의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다. <개정 2016. 1. 6.>

**제265조(자격정지의 병과)**
제257조제2항, 제258조, 제258조의2, 제260조제2항, 제261조 또는 전조의 경우에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다. <개정 2016. 1. 6.>

**제26장 과실치사상의 죄**

**제266조(과실치상)**
① 과실로 인하여 사람의 신체를 상해에 이르게 한 자는 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다. <개정 1995. 12. 29.>
② 제1항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다. <개정 1995. 12. 29.>

**제267조(과실치사)**
과실로 인하여 사람을 사망에 이르게 한 자는 2년 이하의 금고 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다. <개

정 1995. 12. 29.>

**제268조(업무상과실 · 중과실 치사상)**
업무상과실 또는 중대한 과실로 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.
[전문개정 2020. 12. 8.]

**제32장 강간과 추행의 죄**

**제297조(강간)**
폭행 또는 협박으로 사람을 강간한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다. <개정 2012. 12. 18.>

**제297조의2(유사강간)**
폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 구강, 항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣거나 성기, 항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부 또는 도구를 넣는 행위를 한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.
[본조신설 2012.12.18.]

**제298조(강제추행)**
폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 추행을 한 자는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995. 12. 29.>

**제299조(준강간, 준강제추행)**
사람의 심신상실 또는 항거불능의 상태를 이용하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2 및 제298조의 예에 의한다. <개정 2012. 12. 18.>

**제300조(미수범)**
제297조, 제297조의2, 제298조 및 제299조의 미수범은 처벌한다. <개정 2012. 12. 18.>

**제301조(강간등 상해 · 치상)**
제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다. <개정 2012. 12. 18.>
[전문개정 1995.12.29.]

**제301조의2(강간등 살인 · 치사)**
제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다. <개정 2012. 12. 18.>
[본조신설 1995.12.29.]

**제302조(미성년자등에 대한 간음)**
미성년자 또는 심신미약자에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음 또는 추행을 한 자는 5년 이하의 징역에 처한다.

**제303조(업무상위력등에 의한 간음)**
① 업무, 고용 기타 관계로 인하여 자기의 보호 또는 감독을 받는 사람에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음한 자는 7년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995. 12. 29., 2012. 12. 18., 2018. 10. 16.>
② 법률에 의하여 구금된 사람을 감호하는 자가 그 사람을 간음한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다. <개정 2012. 12. 18., 2018. 10. 16.>

**제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)**
① 13세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다. <개정 1995. 12. 29., 2012. 12. 18., 2020. 5. 19.>
② 13세 이상 16세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 19세 이상의 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다. <신설 2020. 5. 19.>

**제305조의2(상습범)**
상습으로 제297조, 제297조의2, 제298조부터 제300조까지, 제302조, 제303조 또는 제305조의 죄를 범한 자는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다. <개정 2012. 12. 18.>
[본조신설 2010.4.15.]

**제305조의3(예비, 음모)**
제297조, 제297조의2, 제299조(준강간죄에 한정한다), 제301조(강간 등 상해죄에 한정한다) 및 제305조의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 사람은 3년 이하의 징역에 처한다.
[본조신설 2020. 5. 19.]

**제38장 절도와 강도의 죄**

**제339조(강도강간)**
강도가 사람을 강간한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다. <개정 2012. 12. 18.>

## 법규37 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률

**제2조(정의)**
이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
1. "임종과정"이란 회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태를 말한다.
2. "임종과정에 있는 환자"란 제16조에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자를 말한다.
3. "말기환자(末期患者)"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환에 대하여 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
   가. 암
   나. 후천성면역결핍증
   다. 만성 폐쇄성 호흡기질환
   라. 만성 간경화
   마. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환
4. "연명의료"란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용의 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말한다.
5. "연명의료중단등결정"이란 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로

하는 결정을 말한다.

6. "호스피스·완화의료"(이하 "호스피스"라 한다)란 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "말기환자등"이라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.
7. "담당의사"란 「의료법」에 따른 의사로서 말기환자등을 직접 진료하는 의사를 말한다.
8. "연명의료계획서"란 말기환자등의 의사에 따라 담당의사가 환자에 대한 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 사항을 계획하여 문서로 작성한 것을 말한다.
9. "사전연명의료의향서"란 19세 이상인 사람이 자신의 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 의사를 직접 문서로 작성한 것을 말한다.

## 법규38 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률

**제6조(등록 및 결정)**

① 국가유공자, 그 유족 또는 가족이 되려는 사람(이하 이 조에서 "신청 대상자"라한다)은 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈처장에게 등록을 신청하여야 한다. 다만, 신청 대상자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈처 소속 공무원이 신청 대상자의 동의를 받아 등록을 신청할 수 있고, 그 동의를 받은 경우에는 신청 대상자가 등록을 신청한 것으로 본다. <개정 2011.9.15., 2013.5.22.>

1. 「국가보훈 기본법」 제23조제1항제3호의2에 따라 발굴된 희생·공헌자의 경우
2. 전투 또는 이에 준하는 직무수행 중 상이를 입거나 사망한 경우
3. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유로 직접 등록을 신청할 수 없는 경우

② 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」 제4조제1항에 따라 등록을 신청하는 사람에 대하여는 그 등록신청을 한 날에 제1항에 따른 등록을 신청한 것으로 본다.<신설 2011.9.15.>

③ 국가보훈처장은 제1항에 따른 등록신청을 받으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 제4조 또는 제5조에 따른 요건을 확인한 후 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는지를 결정한다. 이 경우 제4조제1항제3호부터 제6호까지, 제8호, 제14호 및 제15호의 국가유공자(이하 "전몰군경등"이라 한다)가 되기 위하여 등록을 신청하는 경우에는 그 소속하였던 기관의 장에게 그 요건과 관련된 사실의 확인을 요청하여야 하며, 그 소속하였던 기관의 장은 관련 사실을 조사한 후 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 요건과 관련된 사실을 확인하여 국가보훈처장에게 통보하여야 한다. <개정 2009.2.6., 2011.9.15.>

④ 국가보훈처장은 제3항 전단에 따라 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는 사람으로 결정할 때에는 제74조의5에 따른 보훈심사위원회(이하 "보훈심사위원회"라 한다)의 심의·의결을 거쳐야 한다. 다만, 국가유공자, 그 유족 또는 가족의 요건이 객관적인 사실에 의하여 확인된 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거치지 아니할 수 있다.<개정 2011.9.15.>

⑤ 국가보훈처장은 제4조제1항 각 호(제1호, 제2호 및 제10호는 제외한다)의 어느 하나에 해당하는 적용대상 국가유공자임에도 불구하고 신청 대상자가 없어 등록신청을 할 수 없는 사람에 대해서는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거쳐 국가유공자로 기록하고 예우 및 관리를 할 수 있다. <신설 2016.5.29.>

⑥ 제1항부터 제4항까지의 규정은 다른 법률에서 이 법의 예우 등을 받도록 규정된 사람에 대하여도 적용한다. <개정 2011.9.15., 2016.5.29.>

# 특별약관 (가나다순)


(0~9)

120대질병수술II(간편건강고지)보장 특별약관/ 120대질병수술II(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····661
120대질병수술II(추가감액)(간편건강고지)보장특별약관/120대질병수술II(추가감액)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····665
2대질병입원중특정합병증진단(간편건강고지) 보장 특별약관 ·····788
3대암진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····288
3대질병전신마취수술(간편건강고지)보장 특별약관 ·····791
5대골절수술(간편건강고지)보장 특별약관 ·····211
5대골절진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····141
5대기관질병수술(관혈/비관혈)(연간1회한)(간편건강고지)보장 특별약관 / 5대기관질병수술(관혈/비관혈)(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····670

(ㄱ)

간/담낭/담도/췌장암진단(간편건강고지) 보장 특별약관 ·····281
간병인사용상해입원일당(체증형)(1-180일)(간편건강고지)/간병인사용상해입원일당(체증형)(1-180일)(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 173
간병인사용상해입원일당Ⅷ(1-180일)(간편건강고지)/ 간병인사용상해입원일당Ⅷ(1-180일)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····165
간병인사용상해입원일당Ⅷ(181-365일)(간편건강고지)보장 특별약관/ 간병인사용상해입원일당Ⅷ(181-365일)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····227
간병인사용질병입원일당(체증형)(1-180일)(간편건강고지)보장 특별약관 / 간병인사용질병입원일당(체증형)(1-180일)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····538
간병인사용질병입원일당Ⅷ(1-180일)(간편건강고지)보장 특별약관 / 간병인사용질병입원일당Ⅷ(1-180일)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····529
간병인사용질병입원일당Ⅷ(181-365일)(간편건강고지)보장 특별약관 / 간병인사용질병입원일당Ⅷ(181-365일)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····864
간질환수술(간편건강고지)보장 특별약관 ·····659
갑상선암수술후호르몬약물치료(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 420
골절(치아파절제외)부목치료(간편건강고지)보장 특별약관 ·····140
골절수술(간편건강고지)보장 특별약관 ·····209
골절진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····138
골절진단(치아파절제외)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····139
골절철심제거수술(연간1회한,급여)(간편건강고지) 보장 특별약관 212
급성신우신염진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····494
급성심근경색증진단(간편건강고지)보장특별약관/ 급성심근경색증진단(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····472
깁스치료보장 특별약관 ·····874

(ㄴ)

남성통합암(전이포함)진단(유사암제외)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····837
남성통합암(전이포함)진단(유사암제외)(간편건강고지)보장 특별약관 831
뇌동맥류(비파열성)진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····872
뇌졸중·급성심근경색증통원일당(연간30일한)(간편건강고지)보장 특별약관/ 뇌졸중·급성심근경색증통원일당(연간30일한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····814
뇌졸중·급성심근경색증통원일당(연간30일한,종합병원)(간편건강고지)보장 특별약관/ 뇌졸중·급성심근경색증통원일당(연간30일한,종합병원)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····817
뇌졸중진단(간편건강고지)보장 특별약관/ 뇌졸중진단(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····462
뇌출혈진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····461
뇌혈관질환(Ⅰ)진단(간편건강고지)보장 특별약관/ 뇌혈관질환(Ⅰ)진단(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····467
뇌혈관질환(II)진단(간편건강고지)보장 특별약관/ 뇌혈관질환(II)진단(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····469
뇌혈관질환수술(간편건강고지)보장 특별약관 ·····650
뇌혈관질환진단(간편건강고지)보장 특별약관/ 뇌혈관질환진단(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····465

(ㄷ)
다발성질병수술(3대질병)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····675
다발성질병수술(3대질병)(추가감액)(간편건강고지)보장 특별약관 676
대상포진눈병진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····490
대상포진진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····489
대장/소장/항문암진단(간편건강고지) 보장 특별약관 ·····286

(ㄹ)
로봇암수술(다빈치및레보아이)(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····644
로봇암수술(다빈치및레보아이)(최초1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····639

(ㅁ)
말기암호스피스통증완화치료(입원형,가정형, 최초1회한)(간편건강고지) 보장 특별약관 ·····453

(ㅂ)
보험료 자동납입 제도 특별약관 ·····975
보험료납입면제대상(간편건강고지)보장 특별약관 ·····877
보험료납입지원(유사암진단(양성뇌종양포함))(간편건강고지)보장 특별약관 ·····687
비뇨기관(신장/방광/요관)암진단(간편건강고지) 보장 특별약관 ····283

(ㅅ)
사망보험금 선지급 제도 특별약관 ·····970
상해CT검사지원비(연간1회한,급여)(간편건강고지) 보장 특별약관 223
상해MRI검사지원비(연간1회한,급여)(간편건강고지) 보장 특별약관 221
상해간호간병통합서비스입원일당(간편건강고지)보장 특별약관 ·····170
상해사망(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····129
상해수술(간편건강고지)보장 특별약관/ 상해수술(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····185
상해수술(상급종합병원)(간편건강고지)보장특별약관/ 상해수술(상급종합병원)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····204
상해수술(시술포함)(1-8종)(급여)(간편건강고지) 보장 특별약관 ··190
상해수술(종합병원)(간편건강고지)보장 특별약관/ 상해수술(종합병원)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····201
상해수술III(1-5종)(수술회당지급)(간편건강고지)보장 특별약관/ 상해수술III(1-5종)(수술회당지급)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 188
상해수술입원일당(1-10일)(간편건강고지) 보장 특별약관 ·····155
상해수술입원일당(1-120일)(간편건강고지) 보장 특별약관 ·····153
상해수술입원일당(1-120일,상급종합병원)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····162
상해수술입원일당(1-120일,종합병원)(간편건강 고지) 보장 특별약관 158
상해입원수술(당일입원제외)(간편건강고지)보장 특별약관/ 상해입원수술(당일입원제외)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····195
상해입원일당(1-180일)(간편건강고지)보장 특별약관/상해입원일당(1-180일)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····147
상해입원일당(1-180일,종합병원)(간편건강고지) 보장 특별약관 ····149
상해입원일당(1-180일,중환자실)(간편건강고지) 보장 특별약관 ····151
상해입원일당(1-30일,상급종합병원,1인실)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····180
상해입원일당(1-30일,상급종합병원,2~3인실)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····183
상해입원일당(1-30일,종합병원,1인실)(간편건강고지)보장 특별약관 178
상해입원일당(1-30일,종합병원,2~3인실)(간편건강고지)보장 특별약관 181
상해재활치료(연간15회한,급여)(간편건강고지)보장 특별약관/ 상해재활치료(연간15회한,급여)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····224
상해질병급여치료지원금(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····883
상해통원수술(당일입원포함)(간편건강고지)보장 특별약관/ 상해통원수술(당일입원포함)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····198
상해특정급여시술치료(연간1회한)(간편건강고지)보장 특별약관 ····207
상해후유장해(50%이상)(간편건강고지) 보장 특별약관 ·····132
상해후유장해(50%이상,월지급형)(간편건강고지) 보장 특별약관 ····133
상해후유장해(80%이상)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····135
상해후유장해(80%이상,월지급형)(간편건강고지) 보장 특별약관 ····137
상해후유장해(간편건강고지)보장 특별약관 ·····130
심·뇌혈관질환(특정III)특정재활치료(1일1회,연간90회한,급여)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····783

심뇌혈관질환수술(간편건강고지)보장 특별약관/ 심뇌혈관질환수술(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····654
심뇌혈관질환수술입원일당(1-60일)(간편건강고지)보장 특별약관 ··577
심뇌혈관질환입원일당(1-180일)(간편건강고지) 보장 특별약관 ·····575
심혈관질환(I49)진단(간편건강고지)보장특별약관/ 심혈관질환(I49)진단(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 ·····479
심혈관질환(주요심장염증)진단(간편건강고지) 보장 특별약관/ 심혈관질환(주요심장염증)(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 ·····483
심혈관질환(특정2대)진단(간편건강고지)보장 특별약관/ 심혈관질환(특정2대)진단(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 ·····481
심혈관질환(특정Ⅰ,I49제외)진단(간편건강고지) 보장 특별약관/ 심혈관질환(특정Ⅰ,I49제외)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····477
심혈관질환(특정Ⅱ)진단(간편건강고지) 보장 특별약관/ 심혈관질환(특정Ⅱ)(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 ·····485

(ㅇ)

암수술(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····627
암수술(간편건강고지)보장 특별약관 ·····623
암수술(감액및면책기간미적용)(간편건강고지)보장 특별약관/ 암수술(감액및면책기간미적용)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····632
암직접치료입원일당(1-180일,요양병원제외)(간편건강고지) 보장 특별약관 ·····544
암직접치료입원일당(1-180일,요양병원제외)(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 ·····548
암직접치료입원일당(1-180일,요양병원제외)(감액및면책기간미적용)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····553
암직접치료통원일당(상급종합병원)(간편건강고지) 보장 특별약관 678
암직접치료통원일당(종합병원)(간편건강고지) 보장 특별약관 ·····682
암진단Ⅱ(유사암제외)(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 ·····250
암진단Ⅱ(유사암제외)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····246
암진단Ⅱ(유사암제외)(감액및면책기간미적용)(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 ·····254
암진단Ⅱ(유사암제외)(감액및면책기간미적용)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····248
여성통합암(전이포함)진단(유사암제외)(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 ·····849
여성통합암(전이포함)진단(유사암제외)(간편건강고지)보장 특별약관 843
요양병원암입원일당(1-90일)(간편건강고지) 보장 특별약관 ·····557
요양병원암입원일당(1-90일)(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관561
요양병원암입원일당(1-90일)(감액및면책기간 미적용)(간편건강고지) 보장 특별약관 ·····566
위암진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····276
유사암진단Ⅱ(양성뇌종양포함)(간편건강고지)보장 특별약관/ 유사암진단Ⅱ(양성뇌종양포함)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····257
유사암진단Ⅱ(양성뇌종양포함)(감액및면책기간미적용)(간편건강고지)보장 특별약관/ 유사암진단Ⅱ(양성뇌종양포함)(감액및면책기간미적용)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····260
응급실내원진료비(응급)보장 특별약관 ·····875
이륜자동차 운전중 상해 부담보 제도 특별약관 ·····974
이식형제세동기삽입술(연간1회한,급여)(간편건강고지)보장 특별약관 907
인공심박동기삽입술(연간1회한,급여)(간편건강고지)보장 특별약관 905

(ㅈ)

장애인전용보험전환제도 특별약관 ·····976
재진단암진단(기타피부암및갑상선암)(간편건강고지)보장 특별약관 268
재진단암진단Ⅱ(간편건강고지)보장 특별약관 ·····263
전기통신금융사기피해(갱신형)보장 특별약관 ·····909
전이암수술(간편건강고지)보장 특별약관 ·····636
전이암요양병원입원일당(1-90일)(간편건강고지) 보장 특별약관 ···572
전이암직접치료입원일당(1-180일,요양병원제외)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····569
전이암진단(최초1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····297
전이암진단(최초1회한)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····295
전이암표적항암약물허가치료(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 435
전이암표적항암약물허가치료(치료당)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····808
전이암항암방사선(세기조절)치료(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····449
전이암항암방사선(양성자)치료(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 446
전이암항암방사선치료(간편건강고지)보장 특별약관 ·····433
전이암항암방사선치료(치료당)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 805
전이암항암방사선치료(치료당)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····803

전이암항암약물치료(간편건강고지)보장 특별약관 ·····431
전이암항암약물치료(치료당)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 799
전이암항암약물치료(치료당)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····796
전이암항암호르몬약물허가치료(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 441
전자서명 제도 특별약관 ·····975
중대한특정상해수술(간편건강고지)보장 특별약관 ·····217
중증갑상선암진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····291
중증외상치료비(권역외상센터)보장 특별약관 ·····219
중증질환자(뇌혈관)산정특례대상(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····889
중증질환자(신규암)산정특례대상(간편건강고지)보장 특별약관 ·····820
중증질환자(심장)산정특례대상(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····892
중증질환자(중복암및재등록암)산정특례대상(간편건강고지)보장 특별약관 ·····826
중증폐렴진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····492
지정대리 청구서비스 제도 특별약관 ·····972
질병CT검사지원비(연간1회한,급여)(간편건강고지) 보장 특별약관 691
질병MRI검사지원비(연간1회한,급여)(간편건강고지)보장 특별약관 689
질병간호간병통합서비스입원일당(간편건강고지)보장 특별약관 ·····535
질병사망(간편건강고지)보장 특별약관/ 질병사망(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····235
질병수술(간편건강고지)보장 특별약관/ 질병수술(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····582
질병수술(백내장및대장용종제외)(간편건강고지) 보장 특별약관/ 질병수술(백내장및대장용종제외)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ··588
질병수술(백내장및대장용종제외)(추가감액)(간편건강고지)보장 특별약관/ 질병수술(백내장및대장용종제외)(간편건강고지)(추가감액)(갱신형)보장 특별약관 ·····592
질병수술(상급종합병원)(간편건강고지)보장특별약관/질병수술(상급종합병원)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····618
질병수술(시술포함)(1-8종)(급여)(간편건강고지) 보장 특별약관 ··603
질병수술(시술포함)(1-8종)(급여)(추가감액)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····609
질병수술(종합병원)(간편건강고지)보장 특별약관/질병수술(종합병원)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····614
질병수술(추가감액)(간편건강고지)보장 특별약관/ 질병수술(추가감액)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····585
질병수술III(1-5종)(수술회당지급)(간편건강고지)보장 특별약관/ 질병수술III(1-5종)(수술회당지급)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 595
질병수술III(1-5종)(수술회당지급)(추가감액)(간편건강고지)보장 특별약관/ 질병수술III(1-5종)(수술회당지급)(추가감액)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····599
질병수술입원일당(1-10일)(간편건강고지) 보장 특별약관 ·····516
질병수술입원일당(1-120일)(간편건강고지) 보장 특별약관 ·····513
질병수술입원일당(1-120일, 상급종합병원)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····525
질병수술입원일당(1-120일, 종합병원)(간편건강고지)보장 특별약관520
질병입원일당(1-180일)(간편건강고지)보장 특별약관/ 질병입원일당(1-180일)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····495
질병입원일당(1-180일,종합병원)(간편건강고지) 보장 특별약관 ···498
질병입원일당(1-180일,중환자실)(간편건강고지) 보장 특별약관 ···500
질병입원일당(1-30일,상급종합병원,1인실)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····505
질병입원일당(1-30일,상급종합병원,2~3인실)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····510
질병입원일당(1-30일,종합병원,1인실)(간편건강고지)보장 특별약관503
질병입원일당(1-30일,종합병원,2~3인실)(간편건강고지)보장 특별약관508
질병재활치료(연간15회한,급여)(간편건강고지) 보장 특별약관/질병재활치료(연간15회한,급여)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····693
질병특정급여시술치료(연간1회한)(간편건강고지) 보장 특별약관 ··621
질병후유장해(50%이상)(간편건강고지) 보장 특별약관 ·····239
질병후유장해(50%이상,월지급형)(간편건강고지) 보장 특별약관 ···240
질병후유장해(80%이상)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····242
질병후유장해(80%이상,월지급형)(간편건강고지) 보장 특별약관 ···244
질병후유장해(간편건강고지)보장 특별약관/ 질병후유장해(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····236

(ㅊ)

창상봉합술(안면/경부)(1일1회,연간3회한,급여)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····895

창상봉합술(안면/경부외)(1일1회,연간3회한,급여)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····898
추간판장애수술(간편건강고지)보장 특별약관 ·····657
추간판장애신경차단술(연간1회한,급여)(간편건강고지)보장 특별약관 900

(ㅋ)
카티(CAR-T)항암약물허가치료(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····424

(ㅌ)
통풍진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····487
특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수 제도 특별약관 ·····973
특정NGS유전자패널검사(연간1회한,급여)(간편건강고지)보장 특별약관 457
특정감염병Ⅱ입원일당(1-30일)(간편건강고지) 보장 특별약관 ·····580
특정뇌혈관질환진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····464
특정암진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····273
특정외상성뇌손상진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····144
특정외상성뇌출혈진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····143
특정외상성장기손상진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····145
특정중증치료(4종)(연간1회한,급여)(간편건강고지)보장 특별약관 902
특정질환로봇수술(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 768
특정패혈증진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····493
특정허혈심장질환진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····474

(ㅍ)
폐암진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····278
표적항암약물허가치료(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 ·····360
표적항암약물허가치료(감액및면책기간미적용)(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 ·····368
표적항암약물허가치료(비급여)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 856
표적항암약물허가치료(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····374
표적항암약물허가치료(치료당)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 381

(ㅎ)
항암방사선(세기조절)치료(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 397
항암방사선(세기조절)치료(치료당)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····401
항암방사선(양성자)치료(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 ····388
항암방사선(양성자)치료(치료당)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····392
항암방사선약물치료Ⅱ(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····349
항암방사선약물치료Ⅱ(연간1회한)(간편건강고지)보장 특별약관 ····346
항암방사선약물치료Ⅱ(연간1회한)(감액및면책기간미적용)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····356
항암방사선약물치료Ⅱ(연간1회한)(감액및면책기간미적용)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····353
항암방사선치료Ⅱ(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····304
항암방사선치료Ⅱ(간편건강고지)보장 특별약관 ·····300
항암방사선치료Ⅱ(감액및면책기간미적용)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····311
항암방사선치료Ⅱ(감액및면책기간미적용)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····309
항암방사선치료Ⅱ(치료당)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ··318
항암방사선치료Ⅱ(치료당)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····315
항암약물치료Ⅱ(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····325
항암약물치료Ⅱ(간편건강고지)보장 특별약관 ·····322
항암약물치료Ⅱ(감액및면책기간미적용)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····342
항암약물치료Ⅱ(감액및면책기간미적용)(간편건강고지)보장 특별약관 340
항암약물치료Ⅱ(치료당)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····335
항암약물치료Ⅱ(치료당)(간편건강고지)보장 특별약관 ·····330
항암호르몬약물허가치료(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 ····406
항암호르몬약물허가치료(치료당)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····413
허혈심장질환수술(간편건강고지)보장 특별약관 ·····652
허혈심장질환진단(간편건강고지)보장 특별약관/ 허혈심장질환진단(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 ·····475
혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)(간편건강고지) 보장 특별약관/ 혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)(간편건강고지)(갱신형) 보장 특별약관 ·····778

혈전용해치료비 II (최초1회한)(간편건강고지) 보장 특별약관/ 혈전용해
치료비 II (최초1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····773
혈전용해치료비 III (연간1회한)(간편건강고지) 보장 특별약관/ 혈전용해
치료비 III (연간1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····781
혈전용해치료비 III (최초1회한)(간편건강고지) 보장 특별약관/ 혈전용해
치료비 III (최초1회한)(간편건강고지)(갱신형)보장 특별약관 ·····776
화상수술(간편건강고지)보장 특별약관 ·····214
화상진단(간편건강고지)보장 특별약관 ·····142

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO