이 약관은 금융소비자보호법 및 소비자보호 내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됩니다.

교직원단체상해보험 보통약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제 1 조(목적)

제 2 조(용어의 정의)

제2관 보험금의 지급

제 3 조(보험금의 지급사유)

제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

제 6 조(보험금 지급사유의 통지)

제 7 조(보험금의 청구)

제 8 조(보험금의 지급절차)

제 9 조(보험금 받는 방법의 변경)

제 10 조(주소변경통지)

제 11 조(보험수익자의 지정)

제 12 조(대표자의 지정)

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 13 조(계약 전 알릴 의무)

제 14 조(상해보험계약 후 알릴 의무)

제 15 조(알릴 의무 위반의 효과)

제 16 조(사기에 의한 계약)

제4관 보험계약의 성립과 유지

제 17 조(보험계약의 성립)

제 18 조(청약의 철회)

제 19 조(약관교부 및 설명의무 등)

제 20 조(계약의 무효)

제 21 조(계약내용의 변경 등)
제 22 조(보험나이 등)
제 23 조(계약의 소멸)

제5관 보험료의 납입

제 24 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)
제 25 조(제 2 회 이후 보험료의 납입)
제 26 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)
제 27 조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))
제 28 조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

제6관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등

제 29 조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)
제 29 조의 2(위법계약의 해지)
제 30 조(중대사유로 인한 해지)
제 31 조(회사의 파산선고와 해지)
제 32 조(보험료의 환급)

제7관 분쟁의 조정 등

제 33 조(분쟁의 조정)
제 34 조(관할법원)
제 35 조(소멸시효)
제 36 조(약관의 해석)
제 37 조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)
제 38 조(회사의 손해배상책임)
제 39 조(개인정보보호)
제 40 조(예금보험에 의한 지급보장)
제 41 조(준거법)

단체보험 추가약관

[특별약관]

□ 상해위험

업무중 상해 사망 특별약관

업무중 상해 후유장해 특별약관

상해 ( )%이상 후유장해 특별약관

상해 ( )%미만 후유장해 특별약관

교직원이외 상해 사망 특별약관

교직원이외 상해 후유장해 특별약관

교직원이외 상해 확장보상(사망) 특별약관

교직원이외 상해 확장보상(후유장해) 특별약관

교직원이외 상해 ( )%이상 고도후유장해 특별약관

교직원이외 상해 ( )%미만 후유장해 특별약관

교직원이외 상해 확장보상(상해 ( )%이상 고도후유장해) 특별약관

교직원이외 상해 확장보상(상해 ( )%미만 후유장해) 특별약관

상해 사망 보상제외 특별약관

상해 후유장해 보상제외 특별약관

상해 입원일당 특별약관

상해 입원일당(365 일 한도) 특별약관

골절수술비 특별약관

골절진단비 특별약관

골절진단비(치아파절제외) 특별약관

화상수술비 특별약관

화상진단비(2 도이상) 특별약관

화상진단비(3 도이상) 특별약관

화상진단비(심재성 2 도이상) 특별약관

상해 입원 간병인 사용일당(요양병원제외) 특별약관

상해 입원 간병인 사용일당(요양병원) 특별약관

상해 종별(1~8 종) 수술비 특별약관

종별(1~5 종) 골절진단비 특별약관

종별(1~5 종) 골절진단비(치아파절제외) 특별약관

☐ **질병위험**

질병 사망 및 질병 80%이상 고도후유장해 특별약관

질병 사망만의 보장 특별약관

질병 80%이상 고도후유장해 특별약관

질병 80%미만 후유장해 특별약관

교직원이외 질병 사망 및 질병 80%이상 고도후유장해 특별약관

교직원이외 질병 80%미만 후유장해 특별약관

교직원이외 질병 사망만의 보장 특별약관

교직원이외 질병 80%이상 고도후유장해 특별약관

암(기타피부암·갑상샘암 제외) 진단비 특별약관

경계성종양 진단비 특별약관

상피내암·기타피부암 진단비 특별약관

갑상샘암 진단비 특별약관

뇌졸중 진단비 특별약관

뇌혈관질환 진단비 특별약관

뇌출혈 진단비 특별약관

급성심근경색증 진단비 특별약관

응급의료 아나필락시스 진단비(연간 1 회한) 특별약관

질병 입원일당 특별약관

질병 입원일당(365 일 한도) 특별약관

질병 입원일당 출산확장 추가특별약관

허혈성심장질환 진단비 특별약관

대상포진 진단비 특별약관

암입원일당(요양병원제외) 특별약관(Ⅰ)

암입원일당(요양병원제외) 특별약관(Ⅱ)

암(기타피부암제외) 입원일당(요양병원제외) 특별약관

암(기타피부암·갑상샘암제외) 입원일당(요양병원제외) 특별약관

경계성종양 입원일당(요양병원제외) 특별약관

상피내암·기타피부암 입원일당(요양병원제외) 특별약관

갑상샘암 입원일당(요양병원제외) 특별약관

암입원일당(요양병원) 특별약관(Ⅰ)

암입원일당(요양병원) 특별약관(Ⅱ)

암(기타피부암제외) 입원일당(요양병원) 특별약관

암(기타피부암·갑상샘암제외) 입원일당(요양병원) 특별약관

경계성종양 입원일당(요양병원) 특별약관

상피내암·기타피부암 입원일당(요양병원) 특별약관

갑상샘암 입원일당(요양병원) 특별약관

암수술비 특별약관

암(기타피부암제외) 수술비 특별약관

암(기타피부암·갑상샘암제외) 수술비 특별약관

상피내암·기타피부암 수술비 특별약관

경계성종양 수술비 특별약관

갑상샘암 수술비 특별약관

소아3대암 진단비 특별약관

질병 입원 간병인 사용일당(요양병원제외) 특별약관

질병 입원 간병인 사용일당(요양병원) 특별약관

특정 5대 호흡계질환 진단비 특별약관

특정 2대 호흡계질환 진단비 특별약관

특정 6대 소화계질환 진단비 특별약관

특정 4대 소화계질환 진단비 특별약관

질병 종별(1~8종) 수술비 특별약관

통풍 진단비 특별약관

위·십이지장, 대장 양성종양 및 폴립 진단비 특별약관

간경변증 진단비 특별약관

암 직접치료 통원일당(요양병원제외) 특별약관

암 직접치료 통원일당(상급종합병원) 특별약관

유사암 직접치료 통원일당(요양병원제외) 특별약관

유사암 직접치료 통원일당(상급종합병원) 특별약관

뇌졸중 통원일당(요양병원제외) 특별약관

뇌졸중 통원일당(상급종합병원) 특별약관

뇌혈관질환 통원일당(요양병원제외) 특별약관

뇌혈관질환 통원일당(상급종합병원) 특별약관

급성심근경색증 통원일당(요양병원제외) 특별약관

급성심근경색증 통원일당(상급종합병원) 특별약관

허혈성심장질환 통원일당(요양병원제외) 특별약관

허혈성심장질환 통원일당(상급종합병원) 특별약관

□ **(상해질병) 혼합위험**

공무원(경찰제외) 순직 특별약관

수술비 특별약관

공무원(경찰·소방제외) 공상 입원일당 특별약관

공상 진단비 특별약관

깁스치료비(부목치료 제외) 특별약관

□ **기타위험**

출산지원금 특별약관(Ⅰ)

출산지원금 다태아확장 추가특별약관(Ⅰ)

출산지원금 특별약관(Ⅱ)

출산지원금 다태아확장 추가특별약관(Ⅱ)

저체중아 출산지원금 특별약관

☐ **실손의료비위험**

기본형 실손의료비 특별약관(급여 실손의료비)

상해급여의료비 상해확장보장 추가특별약관

질병급여의료비 출산확장 추가특별약관

상해급여의료비 입원만의 보장 추가특별약관(통원 부담보)

질병급여의료비 입원만의 보장 추가특별약관(통원 부담보)

비급여 실손의료비 특별약관

비급여 실손의료비 상해확장보장 추가특별약관

질병비급여의료비 출산확장 추가특별약관

비급여 실손의료비 한방(입원) 추가특별약관

비급여 실손의료비 치과(입원) 추가특별약관

상해비급여의료비 입원만의 보장 추가특별약관(통원 부담보)

질병비급여의료비 입원만의 보장 추가특별약관(통원 부담보)

☐ **제도성**

보험료정산 특별약관(Ⅰ)

부부확장 특별약관

가족확장 특별약관(Ⅰ)

단체 포괄계약 특별약관

단체보험료 분납 특별약관

( )보험금만의 지급 특별약관

단체실손의료보험 중지제도 특별약관

[별표]

【별표 1】 장해 분류표

【별표 2】 악성신생물 분류표

【별표 3】 상피내의신생물분류표

【별표 4】 뇌졸중 분류표

【별표 5】 행동양식불명 또는 미상의신생물 분류표

【별표 6】 급성심근경색증 분류표

【별표 7】 뇌혈관질환 분류표

【별표 8】 뇌출혈 분류표

【별표 9】 수술의 종류 및 등급 분류표

【별표 10】 아나필락시스 분류표

【별표 11】 허혈성심장질환 분류표

【별표 12】 대상포진 분류표

【별표 13】 소아 3 대암 분류표

【별표 14】 골절 분류표

【별표 15】 화상 분류표

【별표 16】 특정 5 대 호흡계질환 분류표

【별표 17】 특정 2 대 호흡계질환 분류표

【별표 18】 특정 6 대 소화계질환 분류표

【별표 19】 특정 4 대 소화계질환 분류표

【별표 20】 종별수술의종류 및 등급 분류표

【별표 21】 종별골절 분류표

【별표 22】 종별골절 분류표(치아파절 제외)

【별표 23】 통풍 분류표

【별표 24】 위·십이지장, 대장 양성종양 및 폴립 분류표

【별표 25】 간경변증 분류표

【별표 26】 제자리신생물 분류표

[법 규정]

[법규 1] 의료법

[법규 2] 전자서명법

[법규 3] 민법

[법규 4] 상법

[법규 5] 개인정보 보호법

[법규 6] 개인정보 보호법 시행령

[법규 7] 보험업법

[법규 8] 보험업법 시행령

[법규 9] 보험업 감독규정

[법규 10] 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

[법규 11] 약사법

[법규 12] 장기등 이식에 관한 법률

[법규 13] 소득세법

[법규 14] 소득세법 시행령

[법규 15] 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

[법규 16] 관공서의 공휴일에 관한 규정

[법규 17] 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률

[법규 18] 국민건강보험법

[법규 19] 국민건강보험법 시행령

[법규 20] 의료급여법

[법규 21] 의료급여법 시행령

[법규 22] 지역보건법

[법규 23] 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법

[법규 24] 장애인복지법

[법규 25] 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률

[법규 26] 산업재해보상보험법 시행규칙

[법규 27] 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률

[법규 28] 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙

[법규 29] 국가공무원법, 지방공무원법

가입자 유의사항

1. 보험계약 관련 유의할 사항

○ 보험계약전 알릴의무 위반

- 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 회사에 알려야 합니다. 그렇지 않은 경우 보험금 지급이 거절되거나 보험계약이 해지될 수 있습니다.

- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 판매자의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약전 알릴의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 상해 및 질병 관련 보장

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

○ 재물 및 배상책임 관련 보장

- 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없으며, 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

2. 보험금 지급관련 유의할 사항

○ 다수계약의 비례보상에 관한 사항

- 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약 포함)이 있을 경우에는 약관에서 정한 비율에 따라 보험금을 계산하여 지급합니다.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약·발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관의 내용을 따릅니다.

주요내용 요약서

1. 자필서명

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

2. 청약철회

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

3. 계약취소

약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 계약이 취소된 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

4. 계약의 무효

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체계약의 경우는 제외
- 만 15 세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우
- 재물 및 배상책임보험계약을 맺기 전에 이미 보험의 목적에 사고가 발생한 경우

5. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

보험계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14 일(보험기간이 1 년 미만일 경우에는 7 일)이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자에게 납입최고(독촉)하고 그 때까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지됩니다.

6. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3 년이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

7. 계약 전 · 후 알릴 의무

1) 계약 전 알릴 의무: 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서의 질문 사항에 사실대로 기재하고 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명 포함)을 하셔야 합니다. (단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다.)

2) 계약 후 알릴의무: 계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후 약관에서 정한 계약후 알릴 의무가 생긴 경우에는 지체없이 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

3) 알릴 의무 위반의 효과

약관에 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

8. 보험금의 지급

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날부터 신체손해에 관한 보험금은 3 영업일, 재물손해, 배상책임손해에 대한 보험금은 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7 일 이내에 지급하여 드립니다.
다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사 및 확인하기 위해 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다.
회사가 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 보험금에 더하여 지급합니다.

이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약 · 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관의 내용을 따릅니다.

보험용어 해설

보험용어	용어 해설
보험약관	보험계약에 관하여 계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람
보험가입금액	회사와 계약자간에 약정한 금액으로 보험사고가 발생할 때 회사가 지급할 최대 보험금
보험가액	재산보험에 있어 피보험이익을 금전으로 평가한 금액으로 보험목적에 발생할 수 있는 최대 손해액(회사가 실제 지급하는 보험금은 보험가액을 초과할 수 없습니다)
자기부담금	보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날은 제외

주) 이외 보험용어에 대한 해설은 각 조항별 <용어풀이>를 참고하시기 바랍니다.

교직원단체상해보험 보통약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조(목적)

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

제 2 조(용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어
   - 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   - 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   - 다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   - 라. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
   - 마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
   - 바. 보험약관: 보험계약에 관하여 계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것
   - 사. 보험가입금액: 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 보험사고가 발생할 때 회사가 지급할 최대 보험금
2. 지급사유 관련 용어
   - 가. 상해: 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
   - 나. 장해: [별표 1]장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
   - 다. 중요한 사항: 계약전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

<용어풀이>

보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험료 할증: 회사의 인수기준에 따라 보장내용의 보험가입금액을 일정금액 이하로 낮추거나 일부 보장내용의 가입을 거절하거나 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 보험료를 할증하는 것을 말합니다.

3. 이자율 관련 용어

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

<연단위 복리 계산법 예시>

원금: 100원, **이자율**: 10%

2년후 금액: 100원 + 100원X10% + [100원 + 100원X10%]X10% = 총 121원

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

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

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중 발생한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)
   : 사망보험금

<용어풀이>

질병: 신체의 전체 또는 일부가 일차적 또는 계속적으로 장애를 일으켜서 정상적인 기능을 할 수 없는 상태를 말합니다.

2. 보험기간 중 발생한 상해로 장해분류표([별표 1]참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당

하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금

<용어풀이>

장해: [별표1]장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

후유장해: 피보험자 혹은 피해자가 사고에 의해 상해를 입고, 그 직접의 결과로서 신체의 일부를 잃던가 신체의 기능에 영구히 장해가 남은 상태를 말합니다.

후유장해보험금: 후유장해 보험가입금액에 장해분류표에서 정한 지급률을 곱한 금액을 말합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 제 1 항 상해사고의 직접결과로 인해 보험기간 종료 이후 사망하거나 후유장해가 발생하더라도 보상하여 드립니다.

제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

<용어풀이>

실종선고: 어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정을 말합니다.

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

②「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 1 호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 제3조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표([별표1]참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이

없어진 경우에는 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 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.

⑦ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

<사례>

이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해: 보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장해(지급률 20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 그 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 차감한 10%에 해당하는 후유장해보험금을 지급

⑩ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

제 6 조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제 3 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 알게 된 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제 7 조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 사망보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제 8 조(보험금의 지급절차)

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

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

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청

<용어풀이>

분쟁조정제도: 주로 금융소비자가 금융회사를 상대로 제기하는 금융분쟁에 대하여 금융감독원이 조정신청을 받아 의견을 제시하여 당사자 간의 합의를 유도함으로써 소송을 통하지 않고 분쟁을 원만하게 해결하는 제도를 말합니다.

3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제 6 항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제 6 항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제 3 자의 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.

<용어풀이>

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

⑤ 회사는 제1항의 규정에서 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지

의 기간에 대하여 <부표> '보험금을 지급할 때의 적립이율'에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

<부 표> 보험금을 지급할 때의 적립이율

기 간	지 급 이 자
지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
지급기일의 31 일이후부터 60 일이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
지급기일의 61 일이후부터 90 일이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
지급기일의 91 일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)

주) 1. 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.

<용어풀이>

보험계약대출이율: 계약자가 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(보험계약대출이라 합니다)을 받을 때 적용하는 이율을 말합니다.

현재 시점의 보험계약대출이율은 보험개발원 홈페이지(www.kidi.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

2. 가산이율 적용시 제 8 조(보험금의 지급절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

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

⑦ 회사는 제 6 항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제 9 조(보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따

라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

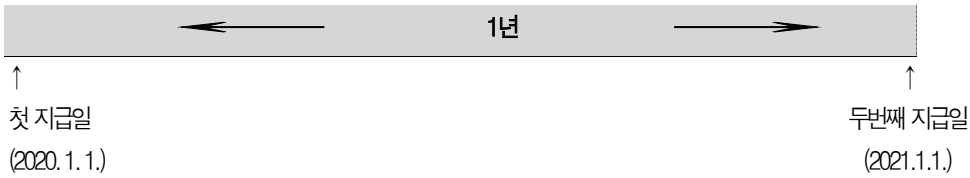
② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율'을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

<월평균 정기예금이율>

현재 시점의 정기예금이율은 보험개발원 홈페이지(www.kidi.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

<'연단위 복리로 계산한 금액을 더하'며 및 '연단위 복리로 할인한 금액을 지급'의 예시>

1) '연단위 복리로 계산한 금액을 더하며'의 예시

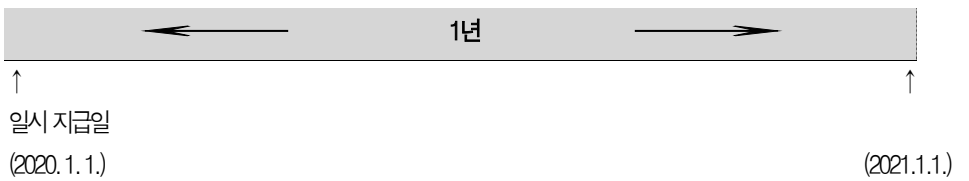


(가정: 2020.1.1.에 일시에 지급할 보험금 100만원을 2020.1.1.과 2021.1.1.에 각각 50만원씩 나누어 지급, 월평균 정기예금이율 5%)

:2020.1.1. 지급액 = 50만원

2021.1.1. 지급액 = 50만원 + (50만원 X 5%) = 52.5만원

2) '연단위 복리로 할인한 금액을 지급'의 예시



(가정: 2020.1.1.과 2021.1.1.에 각각 50만원씩 나누어 지급할 보험금을 2020.1.1.에 일시에 지급, 월평균 정기예금이율 5%)

$$\text{2020.1.1.에 일시에 지급할 보험금} = \text{50만원} + \frac{\text{50만원}}{(1+5\%)} = \text{97.62만원}$$

제10조(주소변경통지)

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

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

제 11 조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 1 항 제 1 호의 경우는 피보험자의 법정상속인, 같은 조 제 2 호의 경우는 피보험자로 합니다.

제 12 조(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 계약 전 알릴의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 책임을 연대로 합니다.

<용어풀이>

연대 책임: 2인 이상이 연대하여 책임을 지므로 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지고(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과 다름) 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게

되는 것을 말합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 13 조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 '계약 전 알릴의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법 제 3 조(의료기관)」의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

<유의사항>

계약 전 알릴 의무 위반시 효과는 아래 상법 제 651 조를 따릅니다.

「상법 제 651 조(고지의무위반으로 인한 계약해지)」

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

제 14 조(상해보험계약 후 알릴 의무)

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

1. 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

<용어풀이>

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

(예) 학생, 미취학아동, 무직 등

직무: 직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

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

② 회사는 제 1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제21조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

[위험변경에 따른 계약변경 절차]

위험변경사항 통지
(우편, 전화, 방문 등)

↓

계약자, 피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약

↓

계약변경사항 인수 심사

↓

정산금액 처리
(환급 또는 추가납입)

↓

계약변경 완료

③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 해약환급금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 "정산금

액"이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 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 제 1 항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1 개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제 4 항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제 15 조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제 13 조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우

> **<용어풀이>**
>
> **해지:** 현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약 유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 말합니다.
>
> **중요한 사항**: 계약전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제 14 조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제 1 항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

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

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때

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

③ 제1항에 따라 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 전에 이루어진 경우, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 또한 이 경우 계약 해지로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을

회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

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

제16조(사기에 의한 계약)

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

② 회사가 제1항에 따라 계약을 취소한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고, 취소후 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제 17 조(보험계약의 성립)

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

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

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

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율 + 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.

제 18 조(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.

<용어풀이>

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

일반금융소비자: 전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

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

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

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

⑥ 제 1 항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다

제 19 조(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 계약

자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

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

<용어풀이>

약관의 중요한 내용: 보험업법 시행령 제 42 조의 2(설명의무의 중요사항 등) 및 보험업감독규정 제 4-35 조의 2(보험계약 중요사항의 설명의무)에서 정한 다음의 내용을 말합니다.

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급사항 등 보험금 지급제한 조건
- 고지의무 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해지환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

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

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

<용어풀이>

통신판매계약: 전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서

에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

<용어풀이>

자필서명: 날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명을 포함합니다.

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

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

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

제 20 조(계약의 무효)

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제 44 조의 2 에 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.

<용어풀이>

심신상실자 또는 심신박약자: 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

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

제 21 조(계약내용의 변경 등)

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

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

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

<유의사항>

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 제1항 제4호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

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

제 22 조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제20조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

<유의사항>

해당 연도의 계약 해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약 해당일로 합니다.

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

<보험나이 계산 예시>

생년월일: 1988 년 10 월 2 일, 현재(계약일): 2014 년 4 월 13 일

⇒ 2014 년 4 월 13 일 – 1988 년 10 월 2 일 = 25 년 6 월 11 일 = 26 세

<유의사항>

청약서 및 보험증권 등 보험계약을 증명하기 위한 문서에서 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증, 운전면허증, 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 기재된 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다. 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경 시 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 보험료의 차액을 정산합니다.

제 23 조(계약의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 해당피보험자의 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제 5 관 보험료의 납입

제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

② 회사가 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

<용어풀이>

보장개시일: 회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제 1 회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받은 경우에는 제 1 회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

③ 회사는 제 2 항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제 13 조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제 15 조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

④ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항 내지 제3항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제 25 조(제 2 회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제 2 회 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.

<용어풀이>

납입기일: 계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제 26 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14 일(보험기간이 1 년 미만인 경우에는 7 일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용

② 회사가 제 1 항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제 2 조 제 2 호에 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 제 1 항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

③ 제 1 항에 따라 계약이 해지되고 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 27 조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 제 26 조(보험료 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3 년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된

보험료에 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율 + 1%' 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제 1 항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제 13 조(계약 전 알릴의무), 제 15 조(알릴 의무 위반의 효과), 제 16 조(사기에 의한 계약), 제 17 조(보험계약의 성립) 및 제 24 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제 1 항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2 회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제 13 조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제 15 조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 28 조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 타인을 위한 계약의 경우 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 계약자의 환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하여야 합니다. 또한, 회사는 제 21 조(계약내용의 변경 등) 제 1 항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 제 1 항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.

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

④ 회사는 제 1 항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7 일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7 일을 지나서 도달하고 이후 보험수익자가 제 1 항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7 일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

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

제 6 관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등

제29조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제 20 조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 잔여기간에 대하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제 32 조(보험료의 환급) 에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 보험금 지급사유 발생으로 회사가 보험금을 지급한 때에도 보험가입금액이 감액되지 않은 경우에는 계약자는 그 보험금 지급사유 발생 후에도 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다.

제29조의2(위법계약의 해지)

① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제 47 조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5 년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1 년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

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

③ 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률 시행령」 제 38 조제 4 항의 각 호에서 정하는 정당한 사유 없이 제 1 항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제 1 항 및 제 3 항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제 32 조(보험료의 환급) 제 1 항 제 1 호에 따른 환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제 30 조(중대사유로 인한 해지)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1 개월 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>

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우 회사는 그 사실을 안 날부터 1 개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 이미 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제 1 항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고, 해지시 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 31 조(회사의 파산선고와 해지)

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

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

③ 제 1 항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제 2 항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 32 조(보험료의 환급)

① 이 계약이 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸된 때에는 다음과 같이 보험료를 돌려드립니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임없는 사유에 의하는 경우: 무효의 경우에는 회사에 납입한 보험료의 전액, 효력상실, 해지 또는 소멸의 경우에는 경과하지 않은 기간에 대하여 일단위로 계산한 보험료

2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유에 의하는 경우: 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1 년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의 또는 중대한 과실로 무효가 된 때에는 보험료를 돌려드리지 않습니다.

② 보험기간이 1 년을 초과하는 계약이 무효, 효력상실 또는 소멸인 경우에는 무효, 효력상실 또는 소멸의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험년도의 보험료는 제 1 항의 규정을 적용하고 그 이후의 보험년도에 속하는 보험료는 전액을 돌려드립니다.

③ 제 1 항 제 2 호에서 '계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유'라 함은 다음 각호를 말합니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 임의 해지하는 경우
2. 회사가 제 16 조(사기에 의한 계약), 제 29 조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) 또는 제 30 조(중대사유로 인한 해지)에 따라 계약을 취소 또는 해지하는 경우
3. 보험료 미납으로 인한 계약의 효력 상실

④ 계약의 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 계약자는 환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제 33 조(분쟁의 조정)

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

② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제 42 조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제 34 조(관할법원)

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

제 35 조(소멸시효)

보험금청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 3 년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

<유의사항>

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2020 년 1 월 1 일에 발생하였음에도 2023 년 1 월 1 일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제 36 조(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.

「약관의 규제에 관한 법률 제 5 조(약관의 해석)」

② 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 고객에게 유리하게 해석되어야 한다.

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

제 37 조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

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

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

③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다)의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제 38 조(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 제 2 항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

<용어풀이>

현저하게 공정을 잃은 합의: 회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

제 39 조(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.

제 40 조(예금보험에 의한 지급보장)

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

<용어풀이>

예금자보호제도: 예금보험공사에서 금융기관으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당 금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다.
예금자보호 한도는 본 회사에 있는 모든 예금보호 대상 금융상품의 보험금 또는 환급금 등을 합하여 1 명당 최고 5 천만원이며, 5 천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.
단, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인이면 보호되지 않습니다.

제 41 조(준거법)

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

단체보험 추가약관

제 1 조(계약의 적용 범위)

① 피보험자가 교직원단체에 소속되어야 하며, 단체를 대표하여 계약자로 된 자가 단체보험 계약상의 모든 권리, 의무를 행사할 수 있어야 합니다.

<용어풀이>

교직원 단체:「교육공무원법」제 2 조(정의) 제 3 항 및 제 4 항에 따른 교육기관 및 교육행정기관,「유아교육법」 제 7 조(유치원의 구분)와「초·중등교육법」및「고등교육법」제 2 조(학교의 종류)에서 규정한 학교,「국립대학병원 설치법」,「국립대학치과병원 설치법」,「서울대학교병원 설치법」,「서울대학교치과병원 설치법」에 따라 설치된 병원을 말합니다. 단, 교직원 단체에서 보험기간 중 제외되는 경우에도 보험계약은 유효합니다.

② 제1항의 대상단체에 소속된 자로서 동일한 보험계약을 체결한 5인 이상의 피보험자로 피보험단체를 구성하여야 하며, 단체 구성원의 일부만을 대상으로 가입하는 경우에는 다음의 조건을 충족하여야 합니다.

1. 단체의 내규에 의한 복지제도로서 노사합의에 의하며, 보험료의 일부를 단체 또는 단체의 대표자가 부담하여야 합니다.

제 2 조(상법 제 735 조 3 의 적용)

① 제1조의 단체가 피보험자를 확정할 수 있고 계약의 일괄적 관리가 가능하며, 규약에 따라 계약을 체결하는 경우 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않아도 되며, 계약자에게만 보험증권을 드릴 수 있습니다.

② 제1항의 규약은 보험의 종류 및 일괄 가입에 관한 사항이 포함되어야 하며, 동의 또는 협의를 통하여 피보험자들의 의사가 규약에 반영될 수 있어야 합니다. 다만, 보험수익자를 계약자 등 피보험자의 이해에 반하는 자로 지정하는 경우에는 해당 내용이 규약에 반영되어야 하며, 반영되지 않은 경우에는 별도 피보험자의 동의를 받아야 합니다.

③ 보험회사는 계약자를 통해 단체의 규약이 제2항을 충족하고 있는 지 확인을 해야 하며, 계약자는 이에 협조하여야 합니다.

제 3 조(단체요율의 적용)

① 제1조의 단체는 단체요율을 적용할 수 있습니다.

② 단체 구성원의 일부만을 대상으로 가입하는 경우에는 대상단체의 위험과 피보험단체의 위험의 동질성이 유지되어야 합니다.

제 4 조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체)

① 계약을 맺은 후 보험의 목적을 증가, 감소 또는 교체코자 하는 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.

② 이 계약기간 중 보험의 목적 감소의 경우는 당해 보험의 목적의 계약은 해지된 것으로 하며 새로이 증가 또는 교체되는 보험의 목적의 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 하고, 이로 인하여 발생되는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려 드립니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항을 위반하였을 경우에 새로이 증가 또는 교체되는 해당 보험의 목적에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

④ 제1항에 따라 보험의 목적이 교체되는 경우에는 보험의 목적 교체전 계약과 동일한 보장조건 및 인수기준에 따라 가입될 수 있으며, 보험의 목적 교체시점부터 잔여 보험기간(보험의 목적 교체전 계약의 보험기간 만료일)까지 보상하여 드립니다.

제 5 조(보험증권의 발급)

① 회사는 보험계약자에게 보험증권을 드려야 하고, 그 약관의 주요한 내용을 알려드립니다.

② 보험계약자의 요청이 있을 경우, 개별 피보험자에게는 가입증명서를 발급하여 드립니다.

제 6 조(단체나이의 지정)

보험료 산출시 특별약관별로 단체의 평균보험료나이 또는 평균나이를 적용할 수 있습니다.

제 7 조(적용상의 특칙)

계약자가 아닌 단체의 소속원이 보험료 전부 또는 일부를 부담하는 경우에는 그 소속원이 계약자로서의 권리를 행사할 수 있습니다.

[상해위험]

업무중 상해 사망 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 업무중(통상적인 출퇴근은 업무중으로 봅니다) 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 사망보험금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 제 1 항 상해사고의 직접결과로 인해 보험기간 종료 이후 사망하더라도 보상하여 드립니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

업무중 상해 후유장해 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 업무중(통상적인 출퇴근은 업무중으로 봅니다) 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)로 장해분류표([별표 1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 제 1 항 상해사고의 직접결과로 인해 보험기간 종료 이후 후유장해가 발생하더라도 보상하여 드립니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 ( )%이상 후유장해 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)로 장해분류표([별표 1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 ( )% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 고도후유장해보험금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 제 1 항 상해사고의 직접결과로 인해 보험기간 종료 이후 후유장해가 발생하더라도 보상하여 드립니다.

제 2 조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 특별약관 보험가입금액의 100%를 보상한 경우에는 그 100% 보상의 원인이 생긴 때로부터 해당피보험자의 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 ( )%미만 후유장해 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)로 장해분류표([별표 1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 ( )% 미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 제 1 항 상해사고의 직접결과로 인해 보험기간 종료 이후 후유장해가 발생하더라도 보상하여 드립니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교직원이외 상해 사망 특별약관

제 1 조(보험금 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 사망보험금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 제 1 항 상해사고의 직접결과로 인해 보험기간 종료 이후 사망하더라도 보상하여 드립니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

> **<용어풀이>**
>
> **습관성 유산, 불임 및 인공수정**: 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩. 단, 급여관계단체의 피보험자가 그 단체에 소속된 동호회 활동 목적으로 위에 정한 운동을 하는 동안 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드립니다.
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)

<용어풀이>

흥행: 영리를 목적으로 요금을 받고 퍼포먼스 등을 대중에 보여주는 행위를 말합니다.

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

제 3 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 단체보험 추가약관 제 1 조(계약의 적용의 범위) 제 1 항에서 정의된 교직원단체에 소속되지 않은 자를 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교직원이외 상해 후유장해 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)로 장해분류표([별표 1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 제 1 항 상해사고의 직접결과로 인해 보험기간 종료 이후 후유장해가 발생하더라도 보상하여 드립니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

> **<용어풀이>**
>
> **습관성 유산, 불임 및 인공수정**: 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는

해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩. 단, 급여관계단체의 피보험자가 그 단체에 소속된 동호회 활동 목적으로 위에 정한 운동을 하는 동안 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드립니다.
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)

<용어풀이>
흥행: 영리를 목적으로 요금을 받고 퍼포먼스 등을 대중에 보여주는 행위를 말합니다.

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

제 3 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 단체보험 추가약관 제 1 조(계약의 적용의 범위) 제 1 항에서 정의된 교직원단체에 소속되지 않은 자를 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교직원이외 상해 확장보상(사망) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 보통약관 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 1 항 제 1 호에 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 보통약관 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 1 항 제 1 호에 따라 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 사망보험금을 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 제 1 항 상해사고의 직접결과로 인해 보험기간 종료 이후 사망이 발생하더라도 보상하여 드립니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의

② 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제 1 항으로 대체됩니다.

제 3 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 단체보험 추가약관 제 1 조(계약의 적용의 범위) 제 1 항에서 정의된 교직원단체에 소속되지 않은 자를 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교직원이외 상해 확장보상(후유장해) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 보통약관 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 1 항 제 2 호에 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우 보통약관 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 1 항 제 2 호에 따라 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 후유장해보험금을 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 제 1 항 상해사고의 직접결과로 인해 보험기간 종료 이후 후유장해가 발생하더라도 보상하여 드립니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의

② 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제 1 항으로 대체됩니다.

제 3 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 단체보험 추가약관 제 1 조(계약의 적용의 범위) 제 1 항에서 정의된 교직원단체에 소속되지 않은 자를 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교직원이외 상해 ( )%이상 고도후유장해 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 상해로 장해분류표([별표 1] 참조)에서 정한 장해지급률이 ( )%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 제 1 항 상해사고의 직접결과로 인해 보험기간 종료 이후 후유장해가 발생하더라도 보상하여 드립니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

> **<용어풀이>**
>
> **습관성 유산, 불임 및 인공수정**: 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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

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

행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩. 단, 급여관계단체의 피보험자가 그 단체에 소속된 동호회 활동 목적으로 위에 정한 운동을 하는 동안 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드립니다.

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)

<용어풀이>

흥행: 영리를 목적으로 요금을 받고 퍼포먼스 등을 대중에 보여주는 행위를 말합니다.

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

제 3 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 단체보험 추가약관 제 1 조(계약의 적용의 범위) 제 1 항에서 정의된 교직원단체에 소속되지 않은 자를 말합니다.

제 4 조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 특별약관 보험가입금액의 100%를 보상한 경우에는 그 100% 보상의 원인이 생긴 때로부터 해당피보험자의 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교직원이외 상해 ( )%미만 후유장해 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)로 장해분류표([별표 1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 ( )% 미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 제 1 항 상해사고의 직접결과로 인해 보험기간 종료 이후 후유장해가 발생하더라도 보상하여 드립니다.

제 2 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 단체보험 추가약관 제 1 조(계약의 적용의 범위) 제 1 항에서 정의된 교직원단체에 소속되지 않은 자를 말합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교직원이외 상해 확장보상(( )%이상 고도후유장해) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 상해로 장해분류표([별표 1] 참조)에서 정한 장해지급률이 ( )%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 제 1 항 상해사고의 직접결과로 인해 보험기간 종료 이후 후유장해가 발생하더라도 보상하여 드립니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의

② 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제 1 항으로 대체됩니다.

제 3 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 단체보험 추가약관 제 1 조(계약의 적용의 범위) 제 1 항에서 정의된 교직원단체에 소속되지 않은 자를 말합니다.

제 4 조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 특별약관 보험가입금액의 100%를 보상한 경우에는 그 100% 보상의 원인이 생긴 때로부터 해당피보험자의 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교직원이외 상해 확장보상(( )%미만 후유장해) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 상해로 장해분류표([별표 1] 참조)에서 정한 장해지급률이 ( )%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 제 1 항 상해사고의 직접결과로 인해 보험기간 종료 이후 후유장해가 발생하더라도 보상하여 드립니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의

② 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제 1 항으로 대체됩니다.

제 3 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 단체보험 추가약관 제 1 조(계약의 적용의 범위) 제 1 항에서 정의된 교직원단체에 소속되지 않은 자를 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 사망 보상제외 특별약관

제 1 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 1 호에도 불구하고 사망보험금을 보상하지 않습니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 후유장해 보상제외 특별약관

제 1 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 2 호에도 불구하고 후유장해보험금을 보상하지 않습니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 입원일당 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 보험기간중 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 ( )일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 ( )일 이상 입원 1일에 대하여 보험가입금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 입원일당으로 지급합니다. 다만, 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.

< 용어 풀이 >

입원: 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

의사: 유면허 의료행위를 하는자를 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 입원일당(365 일 한도) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 보험기간중 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 ( )일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 ( )일 이상 입원 1 일에 대하여 보험가입금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 입원일당으로 지급합니다. 다만, 입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 365 일을 한도로 합니다.

② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 2 회 이상 입원한 경우 이를 1 회 입원으로 보아 입원일수를 합산하여 제 1 항을 적용합니다.

< 용어 풀이 >

입원: 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

의사: 유면허 의료행위를 하는자를 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절수술비 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 [별표 14] (골절분류표)에 정한 골절(이하「골절」이라 합니다)로 보험기간 중 수술한 경우 보험증권에 기재된 금액을 골절수술비로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항의 보험금은 1 사고마다 지급하여 드리며, 하나의 사고로 인하여 2 가지 이상의 골절상태가 된 경우에는 1 회에 한하여 보상하여 드립니다.

제 2 조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제 1 항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

신의료기술평가위원회: 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제 1 항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치

3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

4. 미용성형 목적의 수술

5. 피임(避妊) 목적의 수술

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

7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<「기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술」예시안내>

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

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

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절진단비 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 [별표 14] (골절분류표)에 정한 골절(이하「골절」이라 합니다)로 진단확정된 경우 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항의 보험금은 1 사고마다 지급하여 드리며, 하나의 사고로 인하여 2 가지 이상의 골절상태가 된 경우에는 1 회에 한하여 보상하여 드립니다.

③ 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 제 1 항 상해사고의 직접결과로 인해 보험기간 종료 이후 진단확정되더라도 보상하여 드립니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절진단비(치아파절제외) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 [별표 14] (골절분류표)에 정한 골절(단, 치아의 파절 및 파절치(S02.5)는 보상하여 드리지 않습니다, 이하「골절」이라 합니다)로 진단확정된 경우 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항의 보험금은 1 사고마다 지급하여 드리며, 하나의 사고로 인하여 2 가지 이상의 골절상태가 된 경우에는 1 회에 한하여 보상하여 드립니다.

③ 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 제 1 항 상해사고의 직접결과로 인해 보험기간 종료 이후 진단확정되더라도 보상하여 드립니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

화상수술비 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 [별표 15](화상 분류표)에서 정하는 화상을 입고 치료를 직접적인 목적으로 보험기간중 수술을 받은 때에는 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 수술 1 회당 보험증권에 기재된 보험가입금액 전액을 화상수술비로 지급하여 드립니다.

② 위 제 1 항의 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 화상 수술을 받을 경우에는 한 종류의 화상수술비만을 지급하여 드립니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 제 1 항 및 제 2 항에 아래의 사항을 추가합니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술을 포함합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제 3 조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제 1 항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

신의료기술평가위원회: 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제 1 항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

<「기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술」예시안내>

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

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

제 4 조(화상의 정의)

이 특별약관 계약에 있어서 "화상"이라 함은 "한국표준질병사인분류"에 의하여 [별표 15]에서 정하는 "화상분류표"에 따릅니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

화상진단비(2 도이상) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 [별표 15](화상 분류표)에서 정한 화상으로 진단확정된 경우 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 보험증권에 기재된 보험가입금액 전액을 화상진단금으로 지급하여 드립니다.

② 위 제 1 항의 보험금은 1 사고마다 지급하여 드리며, 동일한 사고로 인하여 2 가지 이상의 화상 상태가 된 경우에는 1 회에 한하여 보상하여 드립니다.

③ 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 제 1 항 상해사고의 직접결과로 인해 보험기간 종료 이후 진단확정 되더라도 보상하여 드립니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 제 1 항 및 제 2 항에 아래의 사항을 추가합니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술을 포함합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제 3 조(화상의 정의)

이 특별약관 계약에 있어서 "화상"이라 함은 "한국표준질병사인분류"에 의하여 [별표 15]에서 정하는 "화상분류표"에 정한 화상(열상 포함)에 해당되고, 2 도 이상(표재성, 심재성을 포함합니다)에 해당하는 화상을 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

화상진단비(3 도이상) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 [별표 15](화상 분류표)에서 정한 화상으로 진단확정된 경우 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 보험증권에 기재된 보험가입금액을 지급하여 드립니다.

② 제 1 항의 보험금은 1 사고마다 지급하여 드리며, 동일한 사고로 인하여 2 가지 이상의 화상 상태가 된 경우에는 1 회에 한하여 보상하여 드립니다.

③ 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 제 1 항 상해사고의 직접결과로 인해 보험기간 종료 이후 진단확정 되더라도 보상하여 드립니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 제 1 항 및 제 2 항에 아래의 사항을 추가합니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술을 포함합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제 3 조(화상의 정의)

이 특별약관 계약에 있어서 "화상"이라 함은 "한국표준질병사인분류"에 의하여 [별표 15]에서 정하는 "화상분류표"에 정한 화상(열상 포함)에 해당되고, 3 도 이상에 해당하는 화상을 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

화상진단비(심재성 2 도이상) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 [별표 15](화상분류표)에서 정한 화상으로 진단확정된 경우 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 보험증권에 기재된 보험가입금액을 지급하여 드립니다.

② 제 1 항의 보험금은 1 사고마다 지급하여 드리며, 동일한 사고로 인하여 2 가지 이상의 화상 상태가 된 경우에는 1 회에 한하여 보상하여 드립니다.

③ 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 제 1 항 상해사고의 직접결과로 인해 보험기간 종료 이후 진단확정 되더라도 보상하여 드립니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 제 1 항 및 제 2 항에 아래의 사항을 추가합니다.

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

제 3 조 (화상의 정의)

이 특별약관 계약에 있어서 "화상"이라 함은 "한국표준질병사인분류"에 의하여 [별표 15]에서 정하는 "화상분류표"에 정한 화상(열상 포함)에 해당되고, 심재성 2 도 이상에 해당하는 화상을 말합니다.

제 4 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 입원 간병인 사용일당(요양병원제외) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 보험기간중 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으면서 제2조(간병인의 정의)에서 정한 간병인의 간병서비스를 사용한 경우 사용일 1일당 보험가입금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)으로 지급합니다. 다만, 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

지급기준	1 일당 지급금액
간병인 사용금액이 1 일당 7 만원 미만인 경우	보험가입금액의 50%
간병인 사용금액이 1 일당 7 만원 이상인 경우	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 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

< 예시 안내 >

[간병인 사용일당(요양병원 제외)]

· 보험계약일(보장개시일) : 2021 년 4 월 1 일, 보험가입금액 : 2 만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2021 년 4 월 1 일 ~ 2021 년 4 월 30 일
- 간병인 사용일 및 사용금액

· 2021 년 4 월 10 일 ~ 4 월 17 일 사용 : 총 사용일수 8 일, 총 사용금액 88 만원,
1 일당 평균 7 만원 이상 해당.
→ 2 만원 X 8 일 = 16 만원 지급

· 2021 년 4 월 20 일 ~ 4 월 24 일 오전, 4 월 24 일 오후, 4 월 25 일 오후 ~ 4 월 27 일 사용

: 총 사용일수 8 일, 총 사용금액 52 만원,
1 일당 평균 7 만원 미만 해당
→ 1 만원 X 8 일 = 8 만원 지급

· 간병인 사용일당(요양병원 제외) 지급금액 : 간병인 사용일수 16 일, 보험금 16 만원 + 8 만원
= 24 만원 지급

② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.

< 용어 풀이 >

입원: 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

의사: 유면허 의료행위를 하는자를 말합니다.

제 2 조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제 3 조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제 1 항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제 1 항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제 4 조의 2(간호·간병통합서비스 제공 등 의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

< 간병인의 주요 업무 >

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제 3 조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 사고증명서 〔(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비)〕 등
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제 2 조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

1. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)
2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)

③ 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 「의료법」 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 입원 간병인 사용일당(요양병원) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 보험기간중 요양병원에서 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으면서 제2조(간병인의 정의)에서 정한 간병인의 간병서비스를 사용한 경우 사용일 1일당 보험가입금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원)으로 지급합니다. 다만, 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 2 회 이상 입원한 경우 이를 1 회 입원으로 보아 입원일수를 합산하여 제 1 항을 적용합니다.

< 용어 풀이 >

입원: 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

의사: 유면허 의료행위를 하는자를 말합니다.

제 2 조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제 3 조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제 1 항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제 1 항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제 4 조의 2(간호·간병통합서비스 제공 등 의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

< 간병인의 주요 업무 >

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제 3 조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 사고증명서 [(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비)] 등
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제 2 조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

1. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)
2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)

③ 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 「의료법」 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 종별(1~8 종) 수술비 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)를 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 보험기간중 [별표 20](종별수술의 종류 및 등급분류표)에서 정한 수술을 받은 때에는 이 특별약관에서 정한 지급금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다. 단, 수술 종별 1 회에 한하여 보장합니다.

분류	지급금액
1종 수술	상해 1종 수술 보험가입금액
2종 수술	상해 2종 수술 보험가입금액
3종 수술	상해 3종 수술 보험가입금액
4종 수술	상해 4종 수술 보험가입금액
5종 수술	상해 5종 수술 보험가입금액
6종 수술	상해 6종 수술 보험가입금액
7종 수술	상해 7종 수술 보험가입금액
8종 수술	상해 8종 수술 보험가입금액

제 2 조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 [별표 20](종별수술의 종류 및 등급분류표)에서 정한 「수술코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 제 1 항의 「수술코드」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.

<용어풀이>

【 KDRG(Korean Diagnosis Related Group) 】

건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 수술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다.

이 특별약관은 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

【 ADRG(Adjacent DRG) 】

환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라 "외과계 그룹"과 "내과계 그룹"으로 분류한 후 의료행위주 1)와 진단명주 2)에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.

주 1) 의료행위란 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 수가코드를 말합니다.

주 2) 진단명이란 통계청에서 고시하는 "한국표준질병·사인분류"상의 분류번호를 말합니다.

【 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC) 】

신체부위나 질병특성에 따라 구분되는 질병군의 대분류를 말합니다.

③ 제 2 항의 「수술코드」에서 향후 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」 개정으로 동일한 수술에 대해 「수술코드」가 변경되는 경우 이 특별약관의 체결시점에서 정한 「수술코드」를 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 "ADRG"가 신규 추가되는 경우 회사는 [별표 20](종별수술의 종류 및 등급분류표)의 구분에 준하여 수술코드를 결정합니다

* 회사는 피보험자가 수술 받은 시점에서 부여된 의료행위, 진단명 및 주진단범주(MDC) 등을 이 특별약관 체결시점의 "KDRG"기준에 적용합니다.
* 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술코드를 기준으로 수술비를 지급합니다.

<예시안내>

이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술코드는 A010(KDRG 버전 4.4)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술코드가 A080(KDRG 버전 5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전 4.4)에 해당하는 수술비를 지급합니다.

④ 제 2 항 및 제 3 항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술은 보장에서 제외됩니다.

⑤ 제 1 항의 수술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제 2 부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제 2 장(검사료) 및 제 3 장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제 3 장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술에 포함하여 보장합니다.

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

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

제 3 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

* ADRG 는 1 회의 입원 또는 1 회의 통원에 대하여 2 가지 이상의 수술을 받더라도 “KDRG”에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성됩니다. 이 경우 외과적 우선순위는 [별표 20](종별수술의 종류 및 등급분류표)의 수술종류와 차이가 있을 수 있습니다.

<예시안내>

피보험자가 입원을 하고 “유방재건술(J051)”(3 종)과 “유방절제술(J061)”(7 종)을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 ADRG 는 “유방재건술(J051)”입니다. 다만, 이 경우 회사는 제 2 항에 따라 “유방절제술(J061)”에 해당하는 7 종의 수술비를 지급합니다.

③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제 1 조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

④ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 계속입원 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180 일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제 1 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 상해 종별 수술비를 보장합니다.

⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술한 경우, 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제 2 조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술에 포함하여 보장합니다.

<예시안내>

자동차보험 또는 산재보험 등 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 아래의 진단명 및 의료행위를 받은 경우 회사는 제 5 항에 따라 “슬관절 및 하퇴골 골절 수술(I283)”에 해당하는 수술비를 지급합니다.

·진단명 : 경골 하단의 기타 골절(S82.38)

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

⑥ 제 2 항에도 불구하고 제 5 항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술을 받은 경우 회사는 이 수술코드에 해당하는 상해 종별 수술비와 제 5 항의 수술코드에 해당하는 상해 종별 수술비를 각각 지급합니다.

⑦ 「단순 자궁 수술(악성종양 제외)(N031, N032)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제 1 조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 4 조(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. 상해를 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
9. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
10. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우

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

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

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

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

③ 회사는 [별표 20](종별수술의 종류 및 등급분류표)의 주 2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.

④ 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제 9 조 제 1 항([별표 2] 비급여대상)에 해당하는 수술에 대하여는 보상하지 않습니다.

제 5 조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)

2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI 코드 포함)), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)

   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI 코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI 코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 「의료법」 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

종별(1~5 종) 골절진단비 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 [별표 21](종별 골절분류표)에 정한 골절(이하「골절」이라 합니다)로 진단확정된 경우 이 특별약관에서 정한 종별 지급금액을 종별 골절진단비용으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

분류	지급금액
1종	보험가입금액의 ( )%
2종	보험가입금액의 ( )%
3종	보험가입금액의 ( )%
4종	보험가입금액의 ( )%
5종	보험가입금액의 ( )%

② 제1항의 보험금은 1사고마다 지급하여 드리며, 하나의 사고로 인하여 2가지 이상의 골절상태가 된 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

③ 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 제 1 항 상해사고의 직접결과로 인해 보험기간 종료 이후 진단확정 된 경우에도 보상하여 드립니다

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

종별(1~5 종) 골절진단비(치아파절제외) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 [별표 22](종별 골절분류표(치아파절 제외))에 정한 골절 (단, 치아의 파절 및 파절치(S02.5)는 보상하여 드리지 않습니다, 이하「골절」이라 합니다)로 진단확정된 경우 이 특별약관에서 정한 종별 지급금액을 종별 골절진단비용으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

분류	지급금액
1종	보험가입금액의 ( )%
2종	보험가입금액의 ( )%
3종	보험가입금액의 ( )%
4종	보험가입금액의 ( )%
5종	보험가입금액의 ( )%

② 제1항의 보험금은 1사고마다 지급하여 드리며, 하나의 사고로 인하여 2가지 이상의 골절 상태가 된 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

③ 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 제 1 항 상해사고의 직접결과로 인해 보험기간 종료 이후 진단확정 된 경우에도 보상하여 드립니다

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

[질병위험]

질병 사망 및 질병 80%이상 고도후유장해 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 사망의 경우 피보험자의 상속인, 고도후유장해의 경우 피보험자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 질병으로 인하여 보험기간중 사망한 경우: 사망보험금
2. 질병으로 보험기간중 장해분류표([별표 1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 고도후유장해보험금

② 보험기간중 결정된 장해지급률이 80%미만이라 하더라도 제 2 조(보험금지급에 관한 세부규정)에 따라 최종 지급률이 80%이상인 경우에는 보상하여 드립니다.

③ 제 1 항에도 불구하고 보험기간 이전 결정된 장해지급률이 동일질병이 악화되어 보험기간 중 80%이상이 된 경우에는 보상하지 않습니다.

④ 피보험자와 회사가 장해지급률에 대한 이견으로 보험기간 중 합의가 이루어지지 않아 보험기간 종료 후에 최종 장해지급률이 결정되었다면 이는 보험기간중 장해지급률이 결정된 것으로 봅니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표([별표1] 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

②「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1 년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 단, 최초 장해지급률 결정이 보험기간 이후에 이루어진 경우에는 보상하지 않습니다.

④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑥ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 계산합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑦ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2 회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑧ 이 계약에서 고도후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제 7 항에 규정하는 다른 질병으로 후유장해가 발생하였을 경우에는 그 이전 후유장해에 대한 장해지급률을 차감하여 최종 장해지급률을 결정합니다.
⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 장해지급률이 확정된 질병으로 인한 고도후유장해보험금 은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 3 조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 특별약관 보험가입금액의 100%를 보상한 경우에는 그 100% 보상의 원인(후유장해의 경우에는 후유장해지급률의 결정)이 생긴 때로부터 해당피보험자의 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병 사망만의 보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 질병으로 인하여 보험기간중 사망한 경우 사망보험금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병 80%이상 고도후유장해 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

①회사는 피보험자가 질병으로 보험기간중 장해분류표([별표 1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 고도후유장해보험금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 약정한 보험금을 지급합니다. 단, 보험기간중 결정된 장해지급률이 80%미만이라 하더라도 제 2 조(보험금지급에 관한 세부규정)에 따라 최종 지급률이 80%이상인 경우에는 보상하여 드립니다.

② 제 1 항에도 불구하고 보험기간 이전 결정된 장해지급률이 동일질병이 악화되어 보험기간 중 80%이상이 된 경우에는 보상하지 않습니다.

③ 피보험자와 회사가 장해지급률에 대한 이견으로 보험기간 중 합의가 이루어지지 않아 보험기간 종료 후에 최종 장해지급률이 결정되었다면 이는 보험기간중 장해지급률이 결정된 것으로 봅니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표([별표1] 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제 1 항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1 년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 단, 최초 장해지급률 결정이 보험기간 이후에 이루어진 경우에는 보상하지 않습니다.

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 ~~지급~~계산합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2 회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이 계약에서 고도후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제 6 항에 규정하는 다른 질병으로 후유장해~~상태~~가 발생하였을 경우에는 그 후유장해에 대한 장해지급률을 차감하여 최종 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 장해지급률이 확정된 질병으로 인한 고도후유장해보험금 은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 3 조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 특별약관 보험가입금액의 100%를 보상한 경우에는 그 100% 보상의 원인(후유장해의 경우에는 후유장해지급률의 결정)이 생긴 때로부터 해당피보험자의 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병 80%미만 후유장해 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 보험기간중 장해분류표([별표 1] 참조)에서 정한 장해지급률 80% 미만에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 장해분류표([별표 1] 참조)에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항에도 불구하고 보험기간 이전 결정된 장해지급률이 있는 경우에는 보상하지 않습니다.

③ 피보험자와 회사가 장해지급률에 대한 이견으로 보험기간 중 합의가 이루어지지 않아 보험기간 종료 후에 최종 장해지급률이 결정되었다면 이는 보험기간중 장해지급률이 결정된 것으로 봅니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180 일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단 확정일부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표([별표 1] 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제 1 항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1 년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 단, 최초 장해지급률 결정이 보험기간 이후에 이루어진 경우에는 보상하지 않습니다.

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 계산합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

⑦ 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제 6 항에 규정하는 다른 질병으로 후유장해가 발생하였을 경우에는 그 후유장해에 대한 장해지급률을 차감하여 최종 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 장해지급률이 확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교직원이외 질병 사망 및 질병 80%이상 고도후유장해 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 사망의 경우 피보험자의 상속인, 고도후유장해의 경우 피보험자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 질병으로 인하여 보험기간중 사망한 경우: 사망보험금
2. 질병으로 보험기간중 장해분류표([별표 1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 고도후유장해보험금

② 보험기간중 결정된 장해지급률이 80%미만이라 하더라도 제 2 조(보험금지급에 관한 세부규정)에 따라 최종 지급률이 80%이상인 경우에는 보상하여 드립니다.

③ 제 1 항에도 불구하고 보험기간 이전 결정된 장해지급률이 동일질병이 악화되어 보험기간 중 80%이상이 된 경우에는 보상하지 않습니다.

④ 피보험자와 회사가 장해지급률에 대한 이견으로 보험기간 중 합의가 이루어지지 않아 보험기간 종료 후에 최종 장해지급률이 결정되었다면 이는 보험기간중 장해지급률이 결정된 것으로 봅니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표([별표1] 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

②「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1 년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 단, 최초 장해지급률 결정이 보험기간 이후에 이루어진 경우에는 보상하지 않습니다.

④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑥ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 계산합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑦ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2 회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑧ 이 계약에서 고도후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제 7 항에 규정하는 다른 질병으로 후유장해가 발생하였을 경우에는 그 이전 후유장해에 대한 장해지급률을 차감하여 최종 장해지급률을 결정합니다.
⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 장해지급률이 확정된 질병으로 인한 고도후유장해보험금 은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 3 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 단체보험 추가약관 제 1 조(계약의 적용의 범위) 제 1 항에서 정의된 교직원단체에 소속되지 않은 자를 말합니다.

제 4 조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 특별약관 보험가입금액의 100%를 보상한 경우에는 그 100% 보상의 원인(후유장해의 경우에는 후유장해지급률의 결정)이 생긴 때로부터 해당피보험자의 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교직원이외 질병 80%미만 후유장해 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 보험기간중 장해분류표([별표 1] 참조)에서 정한 장해지급률 80% 미만에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 장해분류표([별표 1] 참조)에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항에도 불구하고 보험기간 이전 결정된 장해지급률이 있는 경우에는 보상하지 않습니다.

③ 피보험자와 회사가 장해지급률에 대한 이견으로 보험기간 중 합의가 이루어지지 않아 보험기간 종료 후에 최종 장해지급률이 결정되었다면 이는 보험기간중 장해지급률이 결정된 것으로 봅니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180 일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단 확정일부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표([별표 1] 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제 1 항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1 년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 단, 최초 장해지급률 결정이 보험기간 이후에 이루어진 경우에는 보상하지 않습니다.

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 계산합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2 회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑦ 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제 6 항에 규정하는 다른 질병으로 후유장해가 발생하였을 경우에는 그 후유장해에 대한 장해지급률을 차감하여 최종 장해지급률을 결정합니다.
⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 장해지급률이 확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 3 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 단체보험 추가약관 제 1 조(계약의 적용의 범위) 제 1 항에서 정의된 교직원단체에 소속되지 않은 자를 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교직원이외 질병 사망만의 보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 질병으로 인하여 보험기간중 사망한 경우 사망보험금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제 3 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 단체보험 추가약관 제 1 조(계약의 적용의 범위) 제 1 항에서 정의된 교직원단체에 소속되지 않은 자를 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교직원이외 질병 80%이상 고도후유장해 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

①회사는 피보험자가 질병으로 보험기간중 장해분류표([별표 1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 고도후유장해보험금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 약정한 보험금을 지급합니다. 단, 보험기간중 결정된 장해지급률이 80%미만이라 하더라도 제 2 조(보험금지급에 관한 세부규정)에 따라 최종 지급률이 80%이상인 경우에는 보상하여 드립니다.

② 제 1 항에도 불구하고 보험기간 이전 결정된 장해지급률이 동일질병이 악화되어 보험기간 중 80%이상이 된 경우에는 보상하지 않습니다.

③ 피보험자와 회사가 장해지급률에 대한 이견으로 보험기간 중 합의가 이루어지지 않아 보험기간 종료 후에 최종 장해지급률이 결정되었다면 이는 보험기간중 장해지급률이 결정된 것으로 봅니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표([별표1] 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1 년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 단, 최초 장해지급률 결정이 보험기간 이후에 이루어진 경우에는 보상하지 않습니다.

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 계산합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2 회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이 계약에서 고도후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제 6 항에 규정하는 다른 질병으로 후유장해가 발생하였을 경우에는 그 이전 후유장해에 대한 장해지급률을 차감하여 최종 장해지급률을 결정합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 장해지급률이 확정된 질병으로 인한 고도후유장해보험금 은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 3 조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 특별약관 보험가입금액의 100%를 보상한 경우에는 그 100% 보상의 원인(후유장해의 경우에는 후유장해지급률의 결정)이 생긴 때로부터 해당피보험자의 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 4 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 단체보험 추가약관 제 1 조(계약의 적용의 범위) 제 1 항에서 정의된 교직원단체에 소속되지 않은 자를 말합니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암(기타피부암·갑상샘암 제외) 진단비 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 이 특별약관의 보장개시일 이후에 암으로 진단확정된 경우 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 아래에 정한 금액을 1회에 한하여 지급합니다. 단, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 또는 갑상샘암은 보상하지 않습니다.

구 분	지급보험금
암진단확정시 (기타피부암·상피내암·경계성종양·갑상샘암 제외)	가입금액의 100%

② 제1항의 암에 대한 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 종료일을 포함하여 14일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 위 제2항에도 불구하고, 보험계약일을 기준으로 피보험자자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험기간의 첫날을 보장개시일로 합니다.

④ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「암(기타피부암·상피내암·경계성종양·갑상샘암 제외)」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1항에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다.

⑤「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제4항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제 2 조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병([별표2](악성신생물 분류표)참조)을 말합니다. 다만, 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential)는 위의 분류에서 제외합니다.

<유의사항>

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

② 이 특별약관에 있어서 「기타피부암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」중에서 [별표2]의 「악성신생물 분류표」의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 「상피내암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병([별표3]「상피내의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표5]「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서「갑상샘암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 또는 갑상샘암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[갑상샘암의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 또는 갑상샘암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 또는 갑상샘암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< '진단이 가능하지 않을 때' 예시 >

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험

을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 3 조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 특별약관 보험가입금액의 100%를 보상한 경우에는 그 100% 보상의 원인이 생긴 때로부터 해당피보험자의 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

경계성종양 진단비 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 이 특별약관의 보장개시일 이후에 경계성종양으로 진단확정된 경우 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 아래에 정한 금액을 1회에 한하여 지급합니다.

구 분	지급보험금
경계성종양 진단확정시	가입금액의 100%

② 제 1 항의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「경계성종양」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1항에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다.

④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제 2 조(경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표5]「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.

② 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) [갑상샘암의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 경계성종양 의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< '진단이 가능하지 않을 때' 예시 >

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

제 3 조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 특별약관 보험가입금액의 100%를 보상한 경우에는 그 100% 보상의 원인이 생긴 때로부터 해당피보험자의 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상피내암·기타피부암 진단비 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 이 특별약관의 보장개시일 이후에 상피내암 또는 기타피부암으로 진단확정된 경우 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 아래에 정한 금액을 각각 1회에 한하여 지급합니다.

구 분	지급보험금
상피내암 진단확정시	가입금액의 100%
기타피부암 진단확정시	가입금액의 100%

② 제 1 항의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「상피내암·기타피부암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1항에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다.

④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제 2 조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 「기타 피부암」이라 함은 [별표2]의 「악성신생물 분류표」의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

<유의사항>

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

② 이 계약에 있어서 「상피내암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 상피내의

신생물로 분류되는 질병([별표3]「상피내의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.

③ 상피내암 또는 기타피부암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[갑상샘암의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 상피내암 또는 기타피부암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 상피내암 또는 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< '진단이 가능하지 않을 때' 예시 >

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

제 3 조(손해보상후의 계약)

회사가 제 1 조(보상하는 손해)에서 정한 상피내암, 기타피부암 손해를 각 1 회씩 모두 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당피보험자의 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

갑상샘암 진단비 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 이 특별약관의 보장개시일 이후에 갑상샘암으로 진단확정된 경우 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 아래에 정한 금액을 1회에 한하여 지급합니다.

구 분	지급보험금
갑상샘암 진단확정시	가입금액의 100%

② 제 1 항의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「갑상샘암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1항에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다.

④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제 2 조(갑상샘암의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 「갑상샘암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

<유의사항>

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

② 갑상샘암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[갑상샘암의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액검사(hemic system)에 대

한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 갑상샘암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 갑상샘암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< '진단이 가능하지 않을 때' 예시 >

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

제 3 조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 특별약관 보험가입금액의 100%를 보상한 경우에는 그 100% 보상의 원인이 생긴 때로부터 해당피보험자의 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌졸중 진단비 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 이 특별약관의 보장개시일 이후에 뇌졸중([별표4] 뇌졸중분류표 참조)으로 진단확정된 경우 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 보험증권에 기재된 금액을 최초 1회에 한하여 지급합니다.

구 분	지급보험금
뇌졸중 진단확정시	가입금액의 100%

② 제1항의 뇌졸중에 대한 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 종료일을 포함하여 14일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「뇌졸중」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1항에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다.

④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제 2 조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에 있어서 "뇌졸중"이라 함은 한국표준질병사인분류중 뇌졸중으로 분류되는 질병([별표4]뇌졸중 분류표 참조)을 말합니다.

② 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초

로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

제 3 조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 특별약관 보험가입금액의 100%를 보상한 경우에는 그 100% 보상의 원인이 생긴 때로부터 해당피보험자의 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌혈관질환 진단비 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 뇌혈관질환으로 진단확정된 경우 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 최초 1 회의 진단에 한하여 특별약관에 따라 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 지급합니다.

② 제1항의 뇌혈관질환에 대한 보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 합니다. 이 경우 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 종료일을 포함하여 14일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「뇌혈관질환」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제 1 항에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다.

④「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제 2 항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제 2 조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① "뇌혈관질환"이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌혈관질환으로 분류되는 질병으로서 [별표 7]「뇌혈관질환 분류표」에서 정한 다음의 질병을 말합니다.

'거미막하출혈', '뇌내출혈', '기타 비외상성 두개내 출혈', '뇌경색증', '출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌중풍', '뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착', '뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착', '기타 대뇌혈관 질환', '달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애', '뇌혈관 질환의 후유증'

② "뇌혈관질환"의 진단확정은 의료법 제 3 조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI),

뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

제 3 조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 특별약관 보험가입금액의 100%를 보상한 경우에는 그 100% 보상의 원인이 생긴 때로부터 해당피보험자의 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌출혈 진단비 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 이 특별약관의 보장개시일 이후에 뇌출혈([별표8]뇌출혈 분류표 참조)로 진단확정된 경우 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 이 특별약관의 가입금액을 최초 1회에 한하여 지급합니다.

구 분	지급보험금
뇌출혈 진단확정시	가입금액의 100%

② 제1항의 뇌출혈에 대한 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 위 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 종료일을 포함하여 14일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「뇌출혈」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제 1 항에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다.

④「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제 3 항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제 2 조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에 있어서 "뇌출혈"이라 함은 한국표준질병사인분류중 뇌출혈로 분류되는 질병([별표8]뇌출혈 분류표 참조)을 말합니다.

② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가

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

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

제 3 조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 특별약관 보험가입금액의 100%를 보상한 경우에는 그 100% 보상의 원인이 생긴 때로부터 해당피보험자의 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

급성심근경색증 진단비 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 이 특별약관의 보장개시일 이후에 급성심근경색증([별표6]급성심근경색증 분류표 참조)으로 진단확정된 경우 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 보험증권에 기재된 금액을 최초 1회에 한하여 지급합니다.

구 분	지급보험금
급성심근경색증 진단확정시	가입금액의 100%

② 제1항의 급성심근경색증에 대한 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 종료일을 포함하여 14일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「급성심근경색증」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1항에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다.

④「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제 2 조(급성심근경색증의 진단확정)

급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제 3 조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

제 3 조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 특별약관 보험가입금액의 100%를 보상한 경우에는 그 100% 보상의 원인이 생긴 때로부터 해당피보험자의 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

응급의료 아나필락시스 진단비(연간 1 회한) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 응급실에 내원하여 「아나필락시스(anaphylaxis)」(이하 「아나필락시스」라 합니다)로 보험기간중 진단확정된 경우 연간 1 회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자 (보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항에서 「아나필락시스」는 제 3 조(아나필락시스의 정의 및 진단확정)에서 정한 아나필락시스 쇼크를,「응급실」은 제 4 조(응급실의 정의)에 해당되는 의료기관을 말합니다

③ 제 1 항에서 「연간」이란 계약일로부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1 년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에「아나필락시스」를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제 1 조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다.

③ 피보험자가 응급실 내원하던 도중 사망하는 경우에도 「아나필락시스」를 직접적인 원인으로 사망한 것이 확인된 경우에는 응급실에 내원하여 진단받은 것으로 보아 제 2 항을 적용합니다.

제 3 조(아나필락시스의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「아나필락시스」라 함은 [별표 10](아나필락시스 분류표)에서 정한 상병을 말합니다.

②「아나필락시스」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 항체, 항원검사, 유발검사 및 피부시험 등을 기초로 내려져야 합니다.

제 4 조(응급실의 정의)

① 이 특별약관에서「응급실」이라 함은 응급의료에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 5 호에서 정하는 응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 응급의료에 관한 법률 제 35 조의 2 (응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고되고 그 신고가 수리된 응급의료시설을 말합니다.

② 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용하며, 의료기관의「응급실」해당여부는 내원 당시 기준으로 판단합니다.

제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

②「응급실」이 아닌 곳에서 진료를 받은 경우 회사는 보험금을 지급하지 않습니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

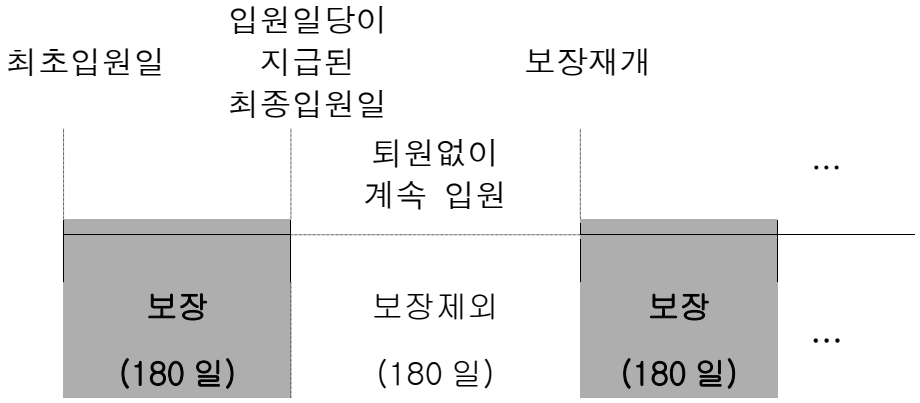
질병 입원일당 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 보험기간중 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 ( )일 이상 계속입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속입원한 것으로 봅니다. 이하 같습니다)하여 치료를 받은 경우에는 ( )일째 입원일로부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항의 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일이내의 입원을 한도로 합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제2항을 적용합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

< 용어 풀이 >

입원: 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

의사: 유면허 의료행위를 하는자를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2 년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

습관성 유산, 불임 및 인공수정: 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병

4. 성병
5. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술비
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병 입원일당(365 일 한도) 특별약관

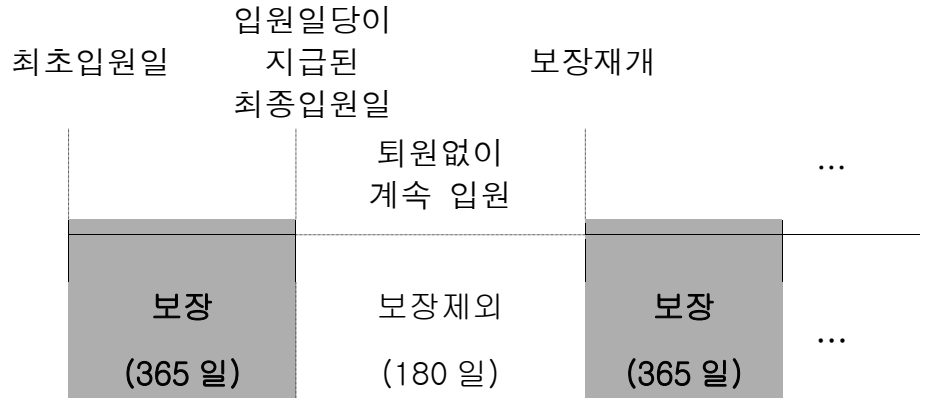
제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 보험기간중 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 ( )일 이상 계속입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속입원한 것으로 봅니다. 이하 같습니다)하여 치료를 받은 경우에는 ( )일째 입원일로부터 입원 1 일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항의 질병입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 365 일이내의 입원을 한도로 합니다.

③ 제 1 항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2 회 이상 입원한 경우 이를 1 회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제 2 항을 적용합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180 일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180 일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

< 용어 풀이 >

입원: 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

의사: 유면허 의료행위를 하는자를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2 년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

습관성 유산, 불임 및 인공수정: 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병

4. 성병
5. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술비
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병 입원일당 출산확장 추가특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 질병 입원일당 특별약관 및 질병 입원일당(365일 한도) 특별약관 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 제3호에도 불구하고, 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(제8차 한국표준질병사인분류상의 O00-O99)로 입원하여 치료를 받은 경우에는 동 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다. 이 경우 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 조산원은 병원으로 봅니다. 다만, 모자보건법 제2조(정의)에서 정한 산후조리업에 해당하는 산후조리원에서 발생한 입원은 보상하지 않습니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 질병 입원일당 특별약관 제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항(제 1 항 제 3 호는 제외) 및 아래의 사유로 생긴 입원일당은 보상하여 드리지 않습니다.

1. 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다)
2. 양수검사, 기형아검사
3. 철분제 등의 영양제 및 영양수액 복용

제 3 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 질병 입원일당(365 일 한도) 특별약관 및 보통약관을 따릅니다.

허혈성심장질환 진단비 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 이 특별약관의 보장개시일 이후에 허혈성심장질환([별표11] 허혈성심장질환 분류표 참조)로 진단확정된 경우 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 보험증권에 기재된 금액을 최초 1회에 한하여 지급합니다.

② 제1항의 허혈성심장질환에 대한 보장개시일은 계약일로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 합니다. 이 경우 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 종료일을 포함하여 14일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에「허혈성심장질환」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1항에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다.

④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제 2 조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에 있어서 "허혈성심장질환"이라 함은 한국표준질병사인분류중 허혈성심장질환으로 분류되는 질병([별표11]허혈성심장질환 분류표 참조)을 말합니다.

② 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 「허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

2. 부검감정서상 사인이 「허혈성심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제 3 조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 특별약관 보험가입금액의 100%를 보상한 경우에는 그 100% 보상의 원인이 생긴 때로부터 해당피보험자의 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

대상포진 진단비 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중 「대상포진」으로 진단확정된 경우 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 이 특별약관의 가입금액을 최초 1 회에 한하여 지급합니다.

제 2 조(대상포진의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「대상포진」이라 함은 【별표12 대상포진 분류표】에서 정한 상병을 말합니다.

②「대상포진」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 항체, 항원검사, 유발검사 및 피부시험 등을 기초로 내려져야 합니다.

제 3 조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 특별약관 보험가입금액의 100%를 보상한 경우에는 그 100% 보상의 원인이 생긴 때로부터 해당피보험자의 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암입원일당(요양병원제외) 특별약관(Ⅰ)

제 1 조(보상하는 손해)

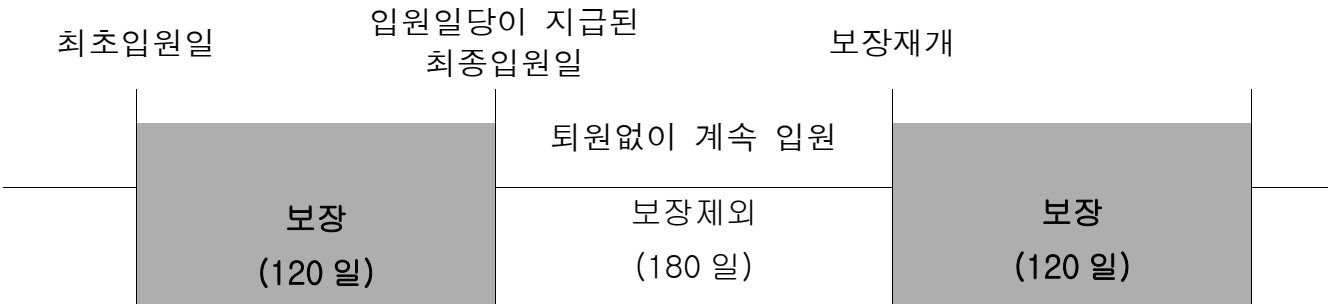
① 회사는 피보험자가 「암 등의 질병」(암, 상피내암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상샘암을 말하며, 이하 「암 등의 질병」이라 합니다)으로 진단확정되고 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간중 보장개시일 이후 4일이상 계속 입원(「병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다」)하여 의사의 치료를 받은 때에는 보험증권에 기재된 일당을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
암 및 갑상샘암으로 4 일이상 계속 입원시	3 일초과 1 일당 가입금액의 100%
상피내암, 경계성종양 및 기타피부암으로 4 일이상 계속 입원시	3 일초과 1 일당 가입금액의 20%

② 제1항의 보장개시일은 암, 갑상샘암은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난 날의 다음날로 하며, 상피내암, 기타피부암, 경계성종양은 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1조(보상하는 손해)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 종료일을 포함하여 14일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 암입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다

④ 피보험자가 동일한 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제3항을 적용합니다. 그럼에도 불구하고 동일한 「암 등의 질병」에 대한 입원이라도 암입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

⑥ 위 제2항에도 불구하고, 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험기간의 첫날을 보장개시일로 합니다.

제 2 조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병([별표2]「악성신생물 분류표」참조)을 말합니다. 다만, 기타피부암, 갑상샘암, 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potentiall)는 위의 분류에서 제외합니다.

<유의사항>

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

② 이 특별약관에 있어서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 「상피내암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병([별표3]「상피내의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표5]「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 「갑상샘암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 「암 등의 질병」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[갑상샘암의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암 등의 질병」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< '진단이 가능하지 않을 때' 예시 >

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

제 3 조("암의 직접적인 치료"의 정의)

① "「암 등의 질병」의 직접적인 치료"라 함은 「암 등의 질병」을 제거하거나 「암 등의 질병」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.

② "「암 등의 질병」의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암 등의 질병」을 제거하거나 「암 등의 질병」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ "「암 등의 질병」의 직접적인 치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암 등의 질병」의 제거 또는 「암 등의 질병」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암 등의 질병」이나 「암 등의 질병」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “「암 등의 질병」의 직접적인 치료”로 봅니다.

1. 「암 등의 질병」의 제거 또는 「암 등의 질병」의 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 제 2 조 제 3 호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제 4 조(입원의 정의와 장소)

① 제1조(보상하는 손해)의 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 및 한의사의 자격을 가진자 (이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암 등의 질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 인정하는 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 계약에 있어서 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「암 등의 질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하여, 「암 등의 질병」의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암 등의 질병」을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 「암 등의 질병」으로 진단된 경우에는 이는 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암입원일당(요양병원제외) 특별약관(Ⅱ)

제 1 조(보상하는 손해)

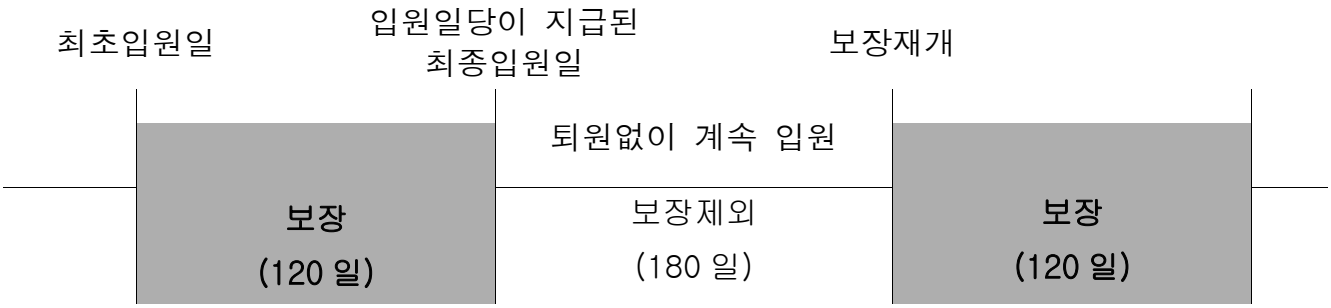
① 회사는 피보험자가 「암 등의 질병」(암, 상피내암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상샘암을 말하며, 이하 「암 등의 질병」이라 합니다)으로 진단확정되고 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간중 보장개시일 이후 4일이상 계속 입원(「병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다」)하여 의사의 치료를 받은 때에는 보험증권에 기재된 일당을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
암으로 4 일이상 계속 입원시	3 일초과 1 일당 가입금액의 100%
상피내암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상샘암으로 4 일이상 계속 입원시	3 일초과 1 일당 가입금액의 20%

② 제1항의 보장개시일은 암은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 하며, 상피내암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상샘암은 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 종료일을 포함하여 14일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 암입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

④ 피보험자가 동일한 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제3항을 적용합니다. 그러나, 동일한 「암 등의 질병」에 대한 입원이라도 암입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

⑥ 위 제2항에도 불구하고, 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험기간의 첫날을 보장개시일로 합니다.

제 2 조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병([별표2]「악성신생물 분류표」참조)을 말합니다. 다만, 기타피부암, 갑상샘암, 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential)는 위의 분류에서 제외합니다.

<유의사항>

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

② 이 특별약관에 있어서 「기타 피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 「상피내암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병([별표3]「상피내의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표5]「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 「갑상샘암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 「암 등의 질병」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[갑상샘암의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암 등의 질병」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< '진단이 가능하지 않을 때' 예시 >

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

제 3 조("암의 직접적인 치료"의 정의)

① "「암 등의 질병」의 직접적인 치료"라 함은 「암 등의 질병」을 제거하거나 「암 등의 질병」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.

② "「암 등의 질병」의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암 등의 질병」을 제거하거나 「암 등의 질병」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ "「암 등의 질병」의 직접적인 치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암 등의 질병」의 제거 또는 「암 등의 질병」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암 등의 질병」이나 「암 등의 질병」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 "「암 등의 질병」의 직접적인 치료"로 봅니다.

1. 「암 등의 질병」의 제거 또는 「암 등의 질병」의 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 제 2 조 제 3 호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제 4 조(입원의 정의와 장소)

① 제1조(보상하는 손해)의 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 및 한의사의 자격을 가진자 (이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암 등의 질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 인정하는 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 계약에 있어서 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「암 등의 질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하여, 「암 등의 질병」의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암 등의 질병」을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 「암 등의 질병」으로 진단된 경우에는 이는 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암(기타피부암제외) 입원일당(요양병원제외) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

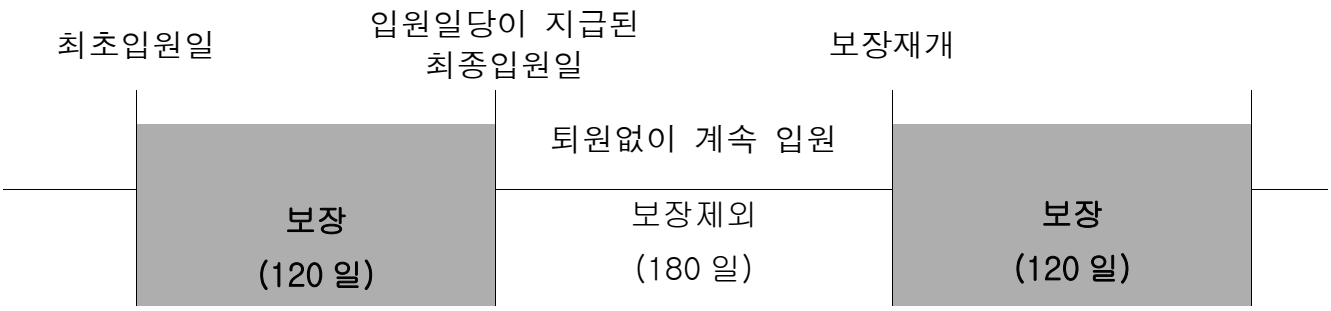
① 회사는 피보험자가 암 또는 갑상샘암으로 진단확정되고 암 또는 갑상샘암의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간중 보장개시일 이후 4일이상 계속 입원(「병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다」)하여 의사의 치료를 받은 때에는 보험증권에 기재된 일당을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
암 또는 갑상샘암으로 4 일이상 계속 입원시	3 일초과 1 일당 가입금액의 100%

② 제1항의 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 종료일을 포함하여 14일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 암입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

④ 피보험자가 동일한 암 또는 갑상샘암의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제3항을 적용합니다. 그러나, 동일한 암에 대한 입원이라도 암입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

⑥ 위 제2항에도 불구하고, 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험기간의 첫날을 보장개시일로 합니다.

제 2 조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병([별표2]「악성신생물 분류표」참조)을 말합니다. 다만, 기타피부암, 갑상샘암, 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential)는 위의 분류에서 제외합니다.

<유의사항>

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

② 이 특별약관에 있어서 「기타 피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서「갑상샘암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 암 또는 갑상샘암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[갑상샘암의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 암 또는 갑상샘암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암 또는 갑상샘암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< '진단이 가능하지 않을 때' 예시 >

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

제 3 조("암 또는 갑상샘암의 직접적인 치료"의 정의)

① "암 또는 갑상샘암의 직접적인 치료"라 함은 암 또는 갑상샘암을 제거하거나 암 또는 갑상샘암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.

② "암 또는 갑상샘암의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암 또는 갑상샘암을 제거하거나 암 또는 갑상샘암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ "암 또는 갑상샘암의 직접적인 치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암 또는 갑상샘암의 제거 또는 암 또는 갑상샘암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암 또는 갑상샘암이나 암 또는 갑상샘암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 "암 또는 갑상샘암의 직접적인 치료"로 봅니다.

1. 암 또는 갑상샘암의 제거 또는 암 또는 갑상샘암의 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 제 2 조 제 3 호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제 4 조(입원의 정의와 장소)

① 제1조(보상하는 손해)의 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 및 한의사의 자격을 가진자 (이하 「의사」라 합니다)에 의하여 암 또는 갑상샘암의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 인정하는 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 계약에 있어서 암 또는 갑상샘암의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 암 또는 갑상샘암으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하여, 암 또는 갑상샘암의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 암 또는 갑상샘암을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 암 또는 갑상샘암의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 암 또는 갑상샘암으로 진단된 경우에는 이는 암 또는 갑상샘암의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암(기타피부암·갑상샘암제외) 입원일당(요양병원제외) 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

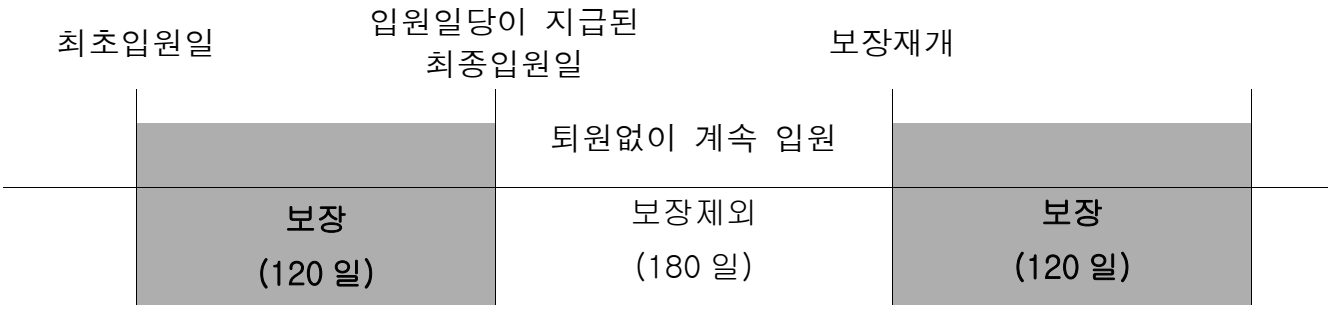
① 회사는 피보험자가 암으로 진단확정되고 암의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간중 보장개시일 이후 4일이상 계속 입원(「병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다」)하여 의사의 치료를 받은 때에는 보험증권에 기재된 일당을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
암으로 4 일이상 계속 입원시	3 일초과 1 일당 가입금액의 100%

② 제1항의 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 종료일을 포함하여 14일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 암입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

④ 피보험자가 동일한 암의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제3항을 적용합니다. 그러나, 동일한 암에 대한 입원이라도 암입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암입원

일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

⑥ 위 제2항에도 불구하고, 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험기간의 첫날을 보장개시일로 합니다.

제2조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병([별표2]「악성신생물 분류표」참조)을 말합니다. 다만, 기타피부암, 갑상샘암, 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential)는 위의 분류에서 제외합니다.

<유의사항>

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

② 이 특별약관에 있어서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서「갑상샘암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[갑상샘암의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< '진단이 가능하지 않을 때' 예시 >

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

제3조("암의 직접적인 치료"의 정의)

① “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.

② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제 2 조 제 3 호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제 4 조(입원의 정의와 장소)

① 제1조(보상하는 손해)의 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 및 한의사의 자격을 가진자 (이하 「의사」라 합니다)에 의하여 암의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 인정하는 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련

법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 계약에 있어서 암의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 암으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하여, 암의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 암을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 암의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 암으로 진단된 경우에는 이는 암의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

경계성종양 입원일당(요양병원제외) 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

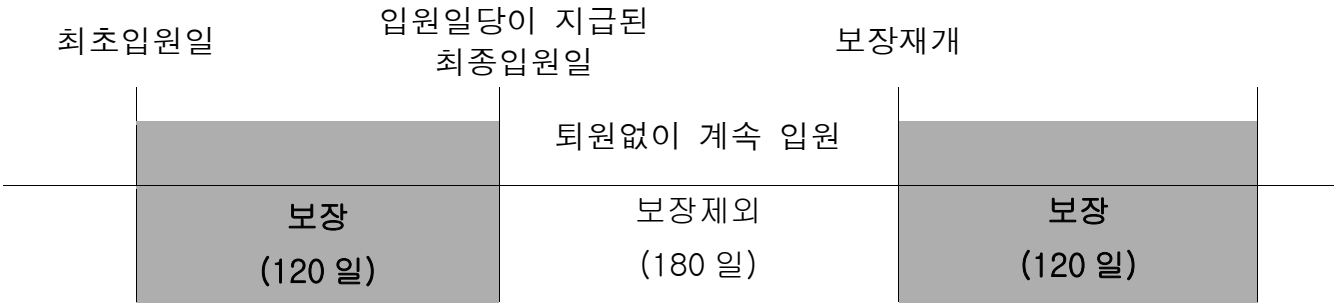
① 회사는 피보험자가 경계성종양으로 진단확정되고 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간중 보장개시일 이후 4일이상 계속 입원(「병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다」)하여 의사의 치료를 받은 때에는 보험증권에 기재된 일당을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
경계성종양으로 4 일이상 계속 입원시	3 일초과 1 일당 가입금액 전액

② 제1항의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.

③ 경계성종양입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다

④ 피보험자가 동일한 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제3항을 적용합니다. 그러나, 동일한 경계성종양에 대한 입원이라도 경계성종양입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 경계성종양입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 경계성종양입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제 2 조(경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표5]「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.

② 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[갑상샘암의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 경계성종양 의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< '진단이 가능하지 않을 때' 예시 >

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

제 3 조("경계성종양의 직접적인 치료"의 정의)

① "경계성종양의 직접적인 치료"라 함은 경계성종양을 제거하거나 경계성종양의 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 "경계성종양의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.

② "경계성종양의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 경계성종양을 제거하거나 경계성종양의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ "경계성종양의 직접적인 치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 경계성종양의 제거 또는 경계성종양의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료

3. 경계성종양이나 경계성종양 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “경계성종양의 직접적인 치료”로 봅니다.

1. 경계성종양의 제거 또는 경계성종양의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. “경계성종양의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. “경계성종양의 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 제 2 조 제 3 호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제 4 조(입원의 정의와 장소)

① 제1조(보상하는 손해)의 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 및 한의사의 자격을 가진자 (이하 「의사」라 합니다)에 의하여 경계성종양의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 인정하는 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 계약에 있어서 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 경계성종양으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하여, 경계성종양의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 경계성종양을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 경계성종양의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 경계성종양으로 진단된 경우에는 이는 경계성종양의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상피내암·기타피부암 입원일당(요양병원제외) 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

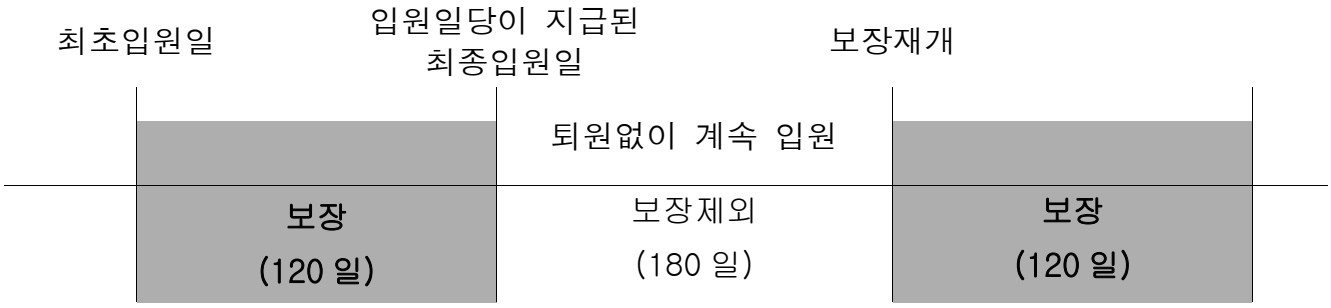
① 회사는 피보험자가 상피내암 또는 기타피부암으로 진단확정되고 상피내암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간중 보장개시일 이후 4일이상 계속 입원(「병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다」)하여 의사의 치료를 받은 때에는 보험증권에 기재된 일당을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
상피내암 또는 기타피부암으로 4 일이상 계속 입원시	3 일초과 1 일당 가입금액 전액

② 제1항의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.

③ 암입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다

④ 피보험자가 동일한 상피내암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제3항을 적용합니다. 그러나, 동일한 상피내암 또는 기타피부암에 대한 입원이라도 암입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 피보험자가 암에 대한 보장개시일 이후 입원을 개시하여 치료를 받던중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3항에 따라 암입원일당을 계속 보장합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제 2 조(상피내암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「상피내암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병([별표3]「상피내의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.

③ 상피내암 또는 기타피부암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[갑상샘암의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 상피내암 또는 기타피부암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 상피내암 또는 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< '진단이 가능하지 않을 때' 예시 >

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

제 3 조("상피내암 또는 기타피부암의 직접적인 치료"의 정의)

① "상피내암 또는 기타피부암의 직접적인 치료"라 함은 상피내암 또는 기타피부암을 제거하거나 상피내암 또는 기타피부암의 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 "상피내암 또는 기타피부암의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 상피내암 또는 기타피부암을 제거하거나 상피내암 또는 기타피부암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ "상피내암 또는 기타피부암의 직접적인 치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 상피내암 또는 기타피부암의 제거 또는 상피내암 또는 기타피부암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 상피내암 또는 기타피부암이나 상피내암 또는 기타피부암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “상피내암 또는 기타피부암의 직접적인 치료”로 봅니다.

1. 상피내암 또는 기타피부암의 제거 또는 상피내암 또는 기타피부암의 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 제 2 조 제 3 호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제 4 조(입원의 정의와 장소)

① 제1조(보상하는 손해)의 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 및 한의사의 자격을 가진자 (이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상피내암 또는 기타피부암의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 인정하는 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 계약에 있어서 상피내암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 상피내암 또는 기타피부암으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하여, 상피내암 또는 기타피부암의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 상피내암 또는 기타피부암을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 상피내암 또는 기타피부암의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 상피내암 또는 기타피부암으로 진단된 경우에는 이는 상피내암 또는 기타피부암의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

갑상샘암 입원일당(요양병원제외) 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

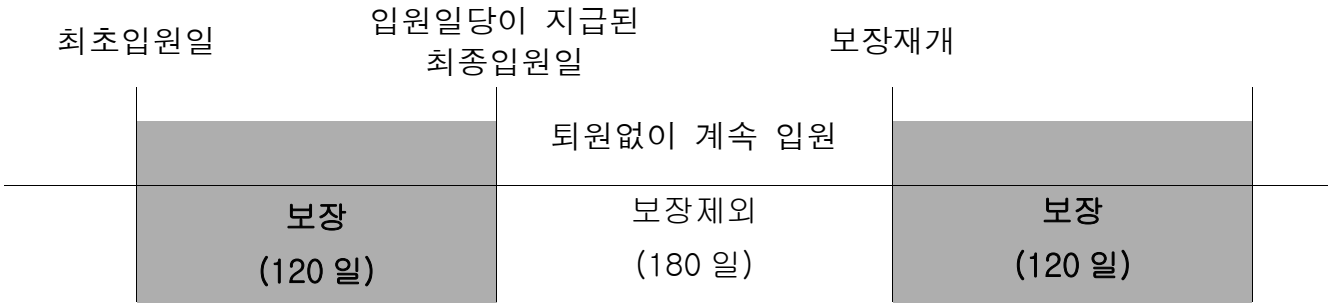
① 회사는 피보험자가 갑상샘암으로 진단확정되고 갑상샘암의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간중 보장개시일 이후 4일이상 계속 입원(「병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다」)하여 의사의 치료를 받은 때에는 보험증권에 기재된 일당을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
갑상샘암으로 4 일이상 계속 입원시	3 일초과 1 일당 가입금액 전액

② 제1항의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.

③ 암입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

④ 피보험자가 동일한 갑상샘암의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제3항을 적용합니다. 그러나, 동일한 갑상샘암에 대한 입원이라도 암입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제 2 조(갑상샘암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「갑상샘암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 갑상샘암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[갑상샘암의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 갑상샘암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 갑상샘암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< '진단이 가능하지 않을 때' 예시 >

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

제 3 조("갑상샘암의 직접적인 치료"의 정의)

① "갑상샘암의 직접적인 치료"라 함은 갑상샘암을 제거하거나 갑상샘암의 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 "갑상샘암의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 갑상샘암을 제거하거나 갑상샘암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ "갑상샘암의 직접적인 치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 갑상샘암의 제거 또는 갑상샘암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 갑상샘암이나 갑상샘암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 "갑상샘암의 직접적인 치료"로 봅니다.

1. 갑상샘암의 제거 또는 갑상샘암의 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 제 2 조 제 3 호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제 4 조(입원의 정의와 장소)

① 제1조(보상하는 손해)의 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 및 한의사의 자격을 가진자 (이하 「의사」라 합니다)에 의하여 갑상샘암의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 인정하는 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 계약에 있어서 갑상샘암의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 갑상샘암으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하여, 갑상샘암의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 갑상샘암을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 갑상샘암의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 갑상샘암으로 진단된 경우에는 이는 갑상샘암의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암입원일당(요양병원) 특별약관(Ⅰ)

제 1 조(보상하는 손해)

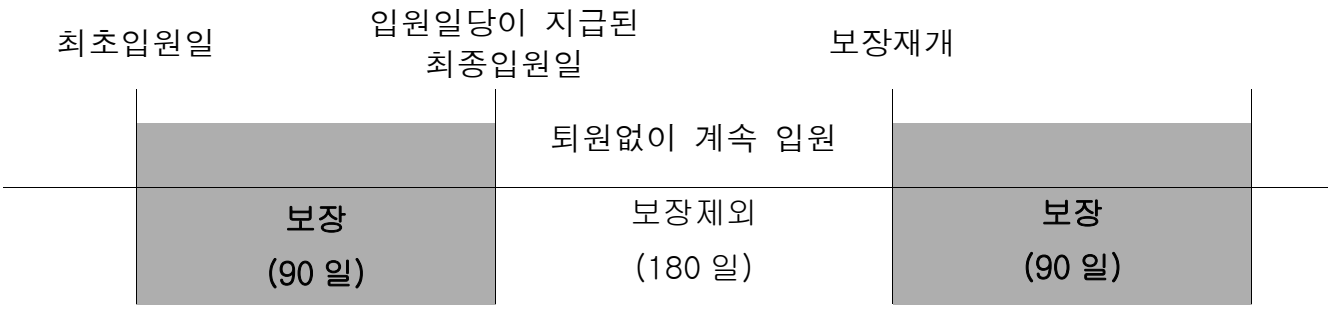
① 회사는 피보험자가 「암 등의 질병」(암, 상피내암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상샘암을 말하며, 이하 「암 등의 질병」이라 합니다)으로 진단확정되고 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 보험기간중 보장개시일 이후 요양병원에 1일이상 계속 입원(「병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다」)하여 의사의 치료를 받은 때에는 보험증권에 기재된 일당을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
암 및 갑상샘암으로 입원시	1 일당 가입금액의 100%
상피내암, 경계성종양 및 기타피부암으로 입원시	1 일당 가입금액의 20%

② 제1항의 보장개시일은 암, 갑상샘암은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난 날의 다음날로 하며, 상피내암, 기타피부암, 경계성종양은 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1조(보상하는 손해)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 종료일을 포함하여 14일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 암입원일당의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

④ 피보험자가 동일한 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제3항을 적용합니다. 그럼에도 불구하고 동일한 「암 등의 질병」에 대한 입원이라도 암입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

⑥ 위 제2항에도 불구하고, 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험기간의 첫날을 보장개시일로 합니다.

제 2 조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병([별표2]「악성신생물 분류표」참조)을 말합니다. 다만, 기타피부암, 갑상샘암, 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potentiall)는 위의 분류에서 제외합니다.

<유의사항>

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

② 이 특별약관에 있어서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 「상피내암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병([별표3]「상피내의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표5]「행동양식 불명 또는 미상의 신생

물 분류표」 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 「갑상샘암」 이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 「암 등의 질병」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[갑상샘암의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암 등의 질병」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< '진단이 가능하지 않을 때' 예시 >

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

제 3 조(입원의 정의와 장소)

제 1 조(보상하는 손해)의 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 및 한의사의 자격을 가진자 (이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암 등의 질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항 제 3 호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암입원일당(요양병원) 특별약관(Ⅱ)

제 1 조(보상하는 손해)

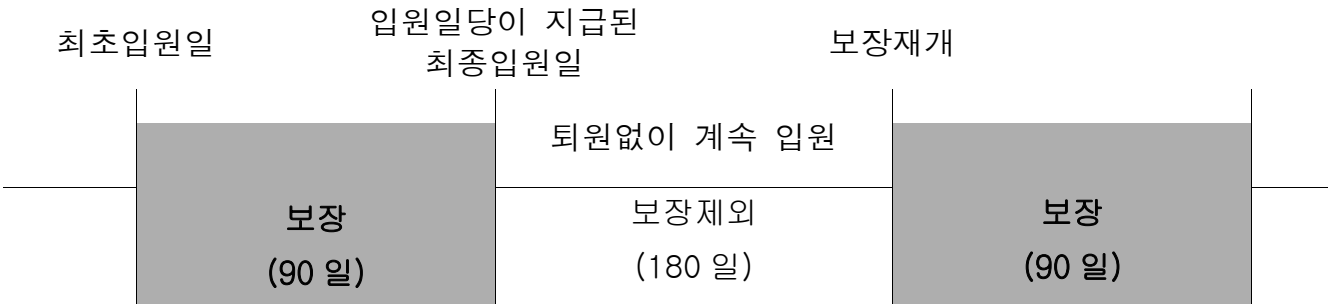
① 회사는 피보험자가 「암 등의 질병」(암, 상피내암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상샘암을 말하며, 이하 「암 등의 질병」이라 합니다)으로 진단확정되고 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 보험기간중 보장개시일 이후 요양병원에 1일이상 계속 입원(「병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다」)하여 의사의 치료를 받은 때에는 보험증권에 기재된 일당을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
암으로 입원시	1 일당 가입금액의 100%
상피내암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상샘암으로 입원시	1 일당 가입금액의 20%

② 제1항의 보장개시일은 암은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 하며, 상피내암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상샘암은 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 종료일을 포함하여 14일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 암입원일당의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

④ 피보험자가 동일한 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제3항을 적용합니다. 그러나, 동일한 「암 등의 질병」에 대한 입원이라도 암입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

⑥ 위 제2항에도 불구하고, 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험기간의 첫날을 보장개시일로 합니다.

제 2 조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병([별표2]「악성신생물 분류표」참조)을 말합니다. 다만, 기타피부암, 갑상샘암, 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential)는 위의 분류에서 제외합니다.

<유의사항>

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

② 이 특별약관에 있어서 「기타 피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 「상피내암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병([별표3]「상피내의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표5]「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서「갑상샘암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 「암 등의 질병」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[갑상샘암의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암 등의 질병」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< '진단이 가능하지 않을 때' 예시 >

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

제 3 조(입원의 정의와 장소)

제 1 조(보상하는 손해)의 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 및 한의사의 자격을 가진자 (이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암 등의 질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항 제 3 호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암(기타피부암제외) 입원일당(요양병원) 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

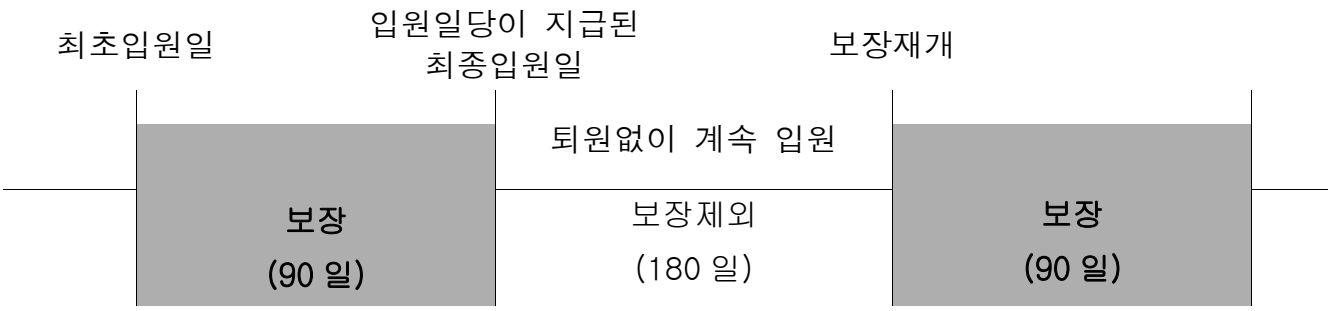
① 회사는 피보험자가 암 또는 갑상샘암으로 진단확정되고 암 또는 갑상샘암의 치료를 목적으로 보험기간중 보장개시일 이후 요양병원에 1일이상 계속 입원(「병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다」)하여 의사의 치료를 받은 때에는 보험증권에 기재된 일당을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
암 또는 갑상샘암으로 입원시	1 일당 가입금액의 100%

② 제1항의 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 종료일을 포함하여 14일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 암입원일당의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

④ 피보험자가 동일한 암 또는 갑상샘암의 치료를 목적으로 보험기간중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제3항을 적용합니다. 그러나, 동일한 암에 대한 입원이라도 암입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

⑥ 위 제2항에도 불구하고, 보험계약일을 기준으로 피보험자자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험기간의 첫날을 보장개시일로 합니다.

제 2 조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병([별표2]「악성신생물 분류표」참조)을 말합니다. 다만, 기타피부암, 갑상샘암, 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential)는 위의 분류에서 제외합니다.

<유의사항>

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

② 이 특별약관에 있어서 「기타 피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서「갑상샘암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 암 또는 갑상샘암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[갑상샘암의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 암 또는 갑상샘암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암 또는 갑상샘암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< '진단이 가능하지 않을 때' 예시 >

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

제 3 조(입원의 정의와 장소)

제 1 조(보상하는 손해)의 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 및 한의사의 자격을 가진자 (이하 「의사」라 합니다)에 의하여 암 또는 갑상샘암의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항 제 3 호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암(기타피부암·갑상샘암제외) 입원일당(요양병원) 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

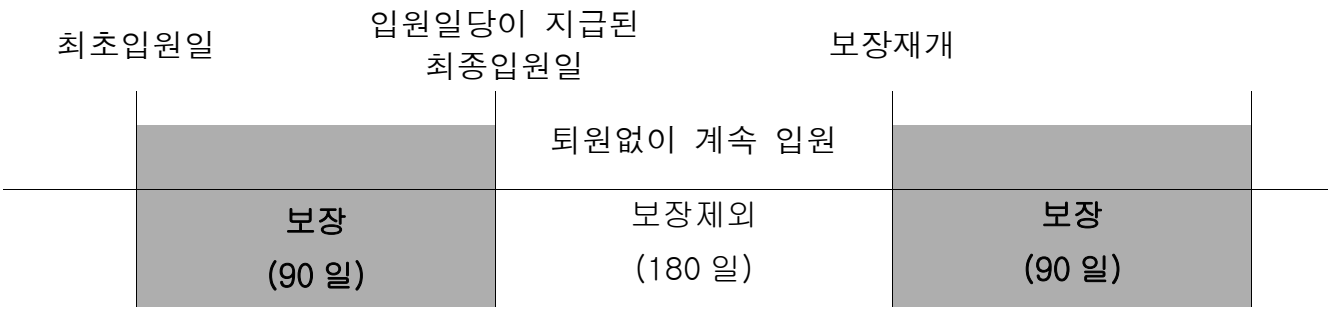
① 회사는 피보험자가 암으로 진단확정되고 암의 치료를 목적으로 보험기간중 보험개실일 이후 요양병원에 1일이상 계속 입원(「병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다」)하여 의사의 치료를 받은 때에는 보험증권에 기재된 일당을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
암으로 입원시	1 일당 가입금액의 100%

② 제1항의 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 종료일을 포함하여 14일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 암입원일당의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

④ 피보험자가 동일한 암의 치료를 목적으로 보험기간중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제3항을 적용합니다. 그러나, 동일한 암에 대한 입원이라도 암입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암입원

일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

⑥ 위 제2항에도 불구하고, 보험계약일을 기준으로 피보험자자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험기간의 첫날을 보장개시일로 합니다.

제 2 조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병([별표2]「악성신생물 분류표」참조)을 말합니다. 다만, 기타피부암, 갑상샘암, 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential)는 위의 분류에서 제외합니다.

<유의사항>

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

② 이 특별약관에 있어서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서「갑상샘암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[갑상샘암의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< '진단이 가능하지 않을 때' 예시 >

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

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

제 3 조(입원의 정의와 장소)

제 1 조(보상하는 손해)의 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 및 한의사의 자격을 가진자 (이하 「의사」라 합니다)에 의하여 암의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항 제 3 호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

경계성종양 입원일당(요양병원) 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

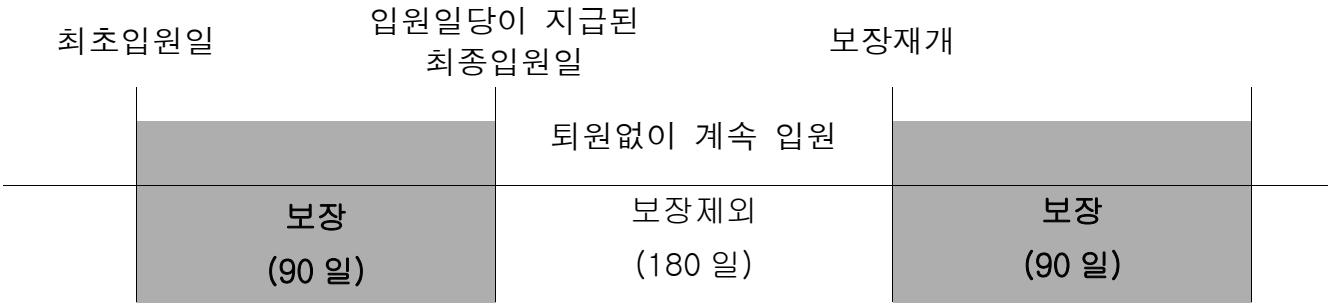
① 회사는 피보험자가 경계성종양으로 진단확정되고 경계성종양의 치료를 목적으로 보험기간 중 보험개시일 이후 요양병원에 1일이상 계속 입원(「병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다」)하여 의사의 치료를 받은 때에는 보험증권에 기재된 일당을 경계성종양입원일당으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
경계성종양으로 입원시	1 일당 가입금액 전액

② 제1항의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.

③ 경계성종양입원일당의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다

④ 피보험자가 동일한 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제3항을 적용합니다. 그러나, 동일한 경계성종양에 대한 입원이라도 경계성종양입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 경계성종양입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 경계성종양입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제 2 조(경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표5]「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.

② 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[갑상샘암의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 경계성종양 의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< '진단이 가능하지 않을 때' 예시 >

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

제 3 조(입원의 정의와 장소)

제 1 조(보상하는 손해)의 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 및 한의사의 자격을 가진자 (이하 「의사」라 합니다)에 의하여 경계성종양의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항 제 3 호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상피내암·기타피부암 입원일당(요양병원) 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

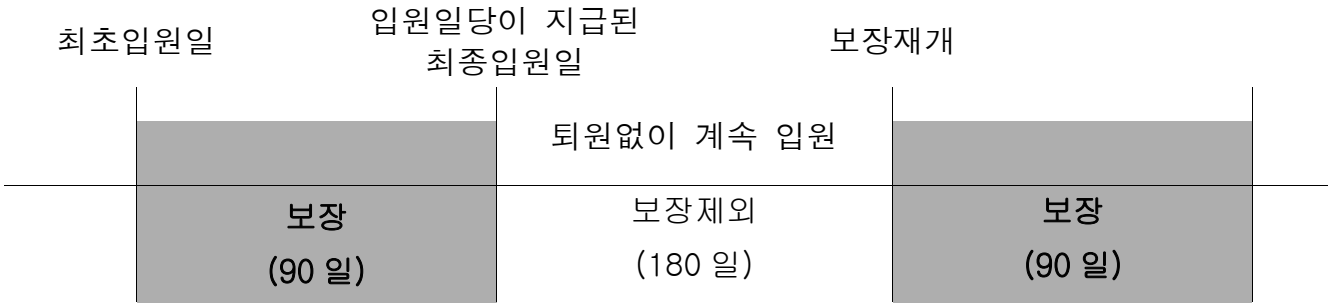
① 회사는 피보험자가 상피내암 또는 기타피부암으로 진단확정되고 상피내암 또는 기타피부암의 치료를 목적으로 보험기간중 보험개시일 이후 요양병원에 1일이상 계속 입원(「병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다」)하여 의사의 치료를 받은 때에는 보험증권에 기재된 일당을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
상피내암 또는 기타피부암으로 입원시	1 일당 가입금액 전액

② 제1항의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.

③ 암입원일당의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다

④ 피보험자가 동일한 상피내암 또는 기타피부암의 치료를 목적으로 보험기간중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제3항을 적용합니다. 그러나, 동일한 상피내암 또는 기타피부암에 대한 입원이라도 암입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제 2 조(상피내암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「상피내암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병([별표3]「상피내의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.

③ 상피내암 또는 기타피부암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[갑상샘암의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 상피내암 또는 기타피부암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 상피내암 또는 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< '진단이 가능하지 않을 때' 예시 >

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

제 3 조(입원의 정의와 장소)

제 1 조(보상하는 손해)의 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 및 한의사의 자격을 가진자 (이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상피내암 또는 기타피부암의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항 제 3 호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

갑상샘암 입원일당(요양병원) 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

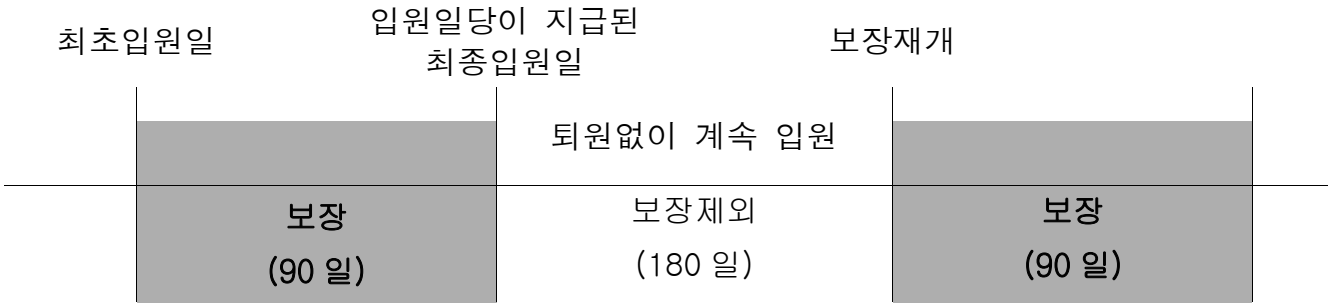
① 회사는 피보험자가 갑상샘암으로 진단확정되고 갑상샘암의 치료를 목적으로 보험기간중 보험개시일 이후 요양병원에 1일이상 계속 입원(「병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다」)하여 의사의 치료를 받은 때에는 보험증권에 기재된 일당을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
갑상샘암으로 입원시	1 일당 가입금액 전액

② 제1항의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.

③ 암입원일당의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

④ 피보험자가 동일한 갑상샘암의 치료를 목적으로 보험기간중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제3항을 적용합니다. 그러나, 동일한 갑상샘암에 대한 입원이라도 암입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제 2 조(갑상샘암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서「갑상샘암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 갑상샘암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[갑상샘암의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 갑상샘암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 갑상샘암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< '진단이 가능하지 않을 때' 예시 >

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

제 3 조(입원의 정의와 장소)

제 1 조(보상하는 손해)의 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 및 한의사의 자격을 가진자 (이하 「의사」라 합니다)에 의하여 갑상샘암의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항 제 3 호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암수술비 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 암, 상피내암, 기타피부암 또는 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간중 보험개시일 이후 수술을 받은 때에는 보험증권에 기재된 금액을 암수술비로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항의 보장개시일은 암은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 하며, 상피내암, 기타피부암, 경계성종양은 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 종료일을 포함하여 14일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 위 제2항에도 불구하고, 보험계약일을 기준으로 피보험자자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험기간의 첫날을 보장개시일로 합니다.

제 2 조(암수술비)

① 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해) 제1항의 이유로 수술시에는 아래의 금액을 암수술비로 피보험자에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
암 수술시(기타피부암 제외)	1 회당 가입금액의 100%
상피내암, 기타피부암 또는 경계성종양 수술시	1 회당 가입금액의 20%

② 피보험자가 동시에 두종류 이상의 암수술을 받을 경우에는 그 수술중 가장 높은 급여에 해당하는 수술에 대한 암수술비만을 지급합니다.

제 3 조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병([별표2]「악성신생물 분류표」참조)을 말합니다. 다만, 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential)는 위의 분류에서 제외합니다.

<유의사항>

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

② 이 계약에 있어서 「기타피부암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」중에서 [별표2]의 「악성신생물 분류표」의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 계약에 있어서 「상피내암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병([별표3]「상피내의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.

④ 이 계약에 있어서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표5]「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.

⑤ 암, 상피내암, 기타피부암 또는 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[갑상샘암의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 암, 기타피부암, 상피내암, 또는 경계성종양의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암, 상피내암, 또는 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< '진단이 가능하지 않을 때' 예시 >

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

제 4 조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제 1 항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

신의료기술평가위원회: 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제 1 항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

<「기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술」예시안내>

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

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

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암(기타피부암제외) 수술비 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 암의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간중 보험개시일 이후 수술을 받은 때에는 보험증권에 기재된 금액을 암수술비로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항의 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 종료일을 포함하여 14일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 위 제2항에도 불구하고, 보험계약일을 기준으로 피보험자자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험기간의 첫날을 보장개시일로 합니다.

제 2 조(암수술비)

① 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해) 제1항의 이유로 수술시에는 아래의 금액을 암수술비로 피보험자에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
암(기타피부암 제외) 수술시	1 회당 가입금액의 100%

② 피보험자가 동시에 두종류 이상의 암수술을 받을 경우에는 그 수술중 가장 높은 급여에 해당하는 수술에 대한 암수술비만을 지급합니다.

제 3 조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병([별표2]「악성신생물 분류표」참조)을 말합니다. 다만, 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential)는 위의 분류에서 제외합니다.

<유의사항>

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다

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

② 이 계약에 있어서 「기타피부암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」중에서 [별표2]의 「악성신생물 분류표」의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[갑상샘암의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< '진단이 가능하지 않을 때' 예시 >

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

제 4 조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제 1 항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

신의료기술평가위원회: 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제 1 항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

<「기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술」예시안내>

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

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

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암(기타피부암·갑상샘암제외) 수술비 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 암의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간중 보험개시일 이후 수술을 받은 때에는 보험증권에 기재된 금액을 암수술비로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항의 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 종료일을 포함하여 14일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 위 제2항에도 불구하고, 보험계약일을 기준으로 피보험자자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험기간의 첫날을 보장개시일로 합니다.

제 2 조(암수술비)

① 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해) 제1항의 이유로 수술시에는 아래의 금액을 암수술비로 피보험자에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
암(기타피부암·갑상샘암 제외) 수술시	1 회당 가입금액의 100%

② 피보험자가 동시에 두종류 이상의 암수술을 받을 경우에는 그 수술중 가장 높은 급여에 해당하는 수술에 대한 암수술비만을 지급합니다.

제 3 조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병([별표2] 「 악성신생물 분류표 」 참조)을 말합니다. 다만, 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential)는 위의 분류에서 제외합니다.

<유의사항>

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

② 이 특별약관에 있어서 「기타피부암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」중에서 [별표2]의 「악성신생물 분류표」의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 「상피내암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병([별표3]「상피내의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표5]「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서「갑상샘암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 또는 갑상샘암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[갑상샘암의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 또는 갑상샘암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 또는 갑상샘암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< '진단이 가능하지 않을 때' 예시 >

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험

을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 4 조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제 1 항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

신의료기술평가위원회: 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제 1 항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

<「기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술」예시안내>

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

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

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상피내암·기타피부암 수술비 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 상피내암 또는 기타피부암의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간중 보험개시일 이후 수술을 받은 때에는 보험증권에 기재된 금액을 상피내암·기타피부암수술비로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.

제 2 조(상피내암·기타피부암 수술비)

① 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해) 제1항의 이유로 수술시에는 아래의 금액을 상피내암·기타피부암 수술비로 피보험자에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
상피내암 또는 기타피부암 수술시	1 회당 가입금액의 100%

② 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 상피내암·기타피부암 수술을 받을 경우에는 그 수술중 가장 높은 급여에 해당하는 수술에 대한 상피내암·기타피부암 수술비만을 지급합니다.

제 3 조(기타피부암 및 상피내암의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 「기타피부암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」중에서 [별표2]의 「악성신생물 분류표」의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

<유의사항>

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

② 이 계약에 있어서 「상피내암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병([별표3]「상피내의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.

③ 상피내암 또는 기타피부암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[갑상샘암의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 상피내암 또는 기타피부암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 상피내암 또는 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< '진단이 가능하지 않을 때' 예시 >

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

제 4 조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제 1 항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

신의료기술평가위원회: 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제 1 항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)

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

<「기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술」예시안내>

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

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

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

경계성종양 수술비 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간중 보험개시일 이후 수술을 받은 때에는 보험증권에 기재된 금액을 경계성종양 수술비로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.

제 2 조(경계성종양 수술비)

① 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해) 제1항의 이유로 수술시에는 아래의 금액을 경계성종양 수술비로 피보험자에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
경계성종양 수술시	1 회당 가입금액의 100%

② 피보험자가 동시에 두종류 이상의 경계성종양 수술을 받을 경우에는 그 수술중 가장 높은 급여에 해당하는 수술에 대한 경계성종양 수술비만을 지급합니다.

제 3 조(경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표5]「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.

② 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[갑상샘암의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 경계성종양의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< '진단이 가능하지 않을 때' 예시 >

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

제 4 조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제 1 항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

신의료기술평가위원회: 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제 1 항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

<「기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술」예시안내>

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

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

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

갑상샘암 수술비 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 갑상샘암의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간중 보험개시일 이후 수술을 받은 때에는 보험증권에 기재된 금액을 갑상샘암 수술비로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다.

제 2 조(갑상샘암 수술비)

① 회사는 피보험자가 제1조(보상하는 손해) 제1항의 이유로 수술시에는 아래의 금액을 갑상샘암 수술비로 피보험자에게 지급합니다.

구 분	지급보험금
갑상샘암 수술시	1회당 가입금액의 100%

② 피보험자가 동시에 두종류 이상의 갑상샘암 수술을 받을 경우에는 그 수술중 가장 높은 급여에 해당하는 수술에 대한 갑상샘암 수술비만을 지급합니다.

제 3 조(갑상샘암의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 「갑상샘암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류표 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 갑상샘암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[갑상샘암의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 갑상샘암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 갑상샘암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< '진단이 가능하지 않을 때' 예시 >

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

제 4 조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제 1 항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

신의료기술평가위원회: 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제 1 항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

<「기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술」예시안내>

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

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

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

소아 3 대암 진단비 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 보장개시일 이후에 소아3대암으로 진단확정된 경우 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 아래에 정한 금액을 각각 1회에 한하여 지급합니다.

구 분	지급보험금
소아 3 대암 진단확정시	가입금액의 100%

② 제1항의 소아3대암에 대한 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 종료일을 포함하여 14일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 제1항의 피보험자는 18세미만에 한합니다.

④ 위 제2항에도 불구하고, 보험계약일을 기준으로 피보험자자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험기간의 첫날을 보장개시일로 합니다.

⑤ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「소아3대암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1항에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다.

⑥「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제5항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제 2 조(소아 3 대암의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 「소아3대암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 백혈병, 뇌암, 임파선암으로 분류되는 질병([별표13]「소아3대암 분류표」참조)을 말합니다. 다만, 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential)는 위의 분류에서 제외합니다.

<유의사항>

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

② 소아3대암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[갑상샘암의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 소아3대암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 소아3대암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< '진단이 가능하지 않을 때' 예시 >

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

제 3 조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 특별약관 보험가입금액의 100%를 보상한 경우에는 그 100% 보상의 원인이 생긴 때로부터 해당피보험자의 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병 입원 간병인 사용일당(요양병원제외) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자(이하「피보험자」라 합니다)가 질병으로 인하여 보험기간중 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 1일 이상 계속입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속입원한 것으로 봅니다. 이하 같습니다)하여 치료를 받으면서 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인의 간병서비스를 사용한 경우 사용일 1일당 보험가입금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)으로 지급합니다.

② 제1항의 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일이내의 입원을 한도로 합니다.

지급기준	1 일당 지급금액
간병인 사용금액이 1 일당 7 만원 미만인 경우	보험가입금액의 50%
간병인 사용금액이 1 일당 7 만원 이상인 경우	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 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

< 예시 안내 >

[간병인 사용일당(요양병원 제외)]

· 보험계약일(보장개시일) : 2021 년 4 월 1 일, 보험가입금액 : 2 만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

– 입원기간 : 2021 년 4 월 1 일 ~ 2021 년 4 월 30 일

– 간병인 사용일 및 사용금액

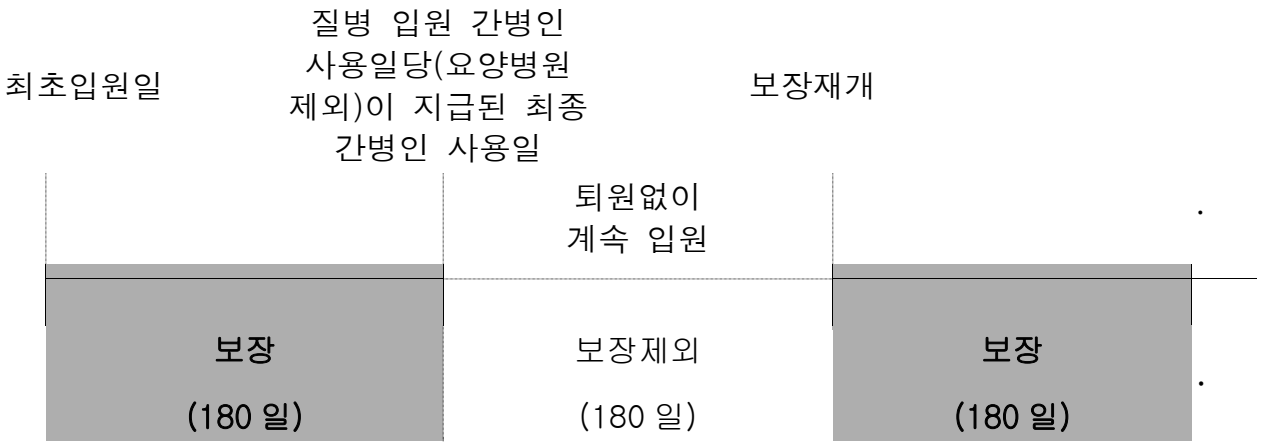
· 2021 년 4 월 10 일 ~ 4 월 17 일 사용 : 총 사용일수 8 일, 총 사용금액 88 만원,
1 일당 평균 7 만원 이상 해당.
→ 2 만원 X 8 일 = 16 만원 지급

· 2021 년 4 월 20 일 ~ 4 월 24 일 오전, 4 월 24 일 오후, 4 월 25 일 오후 ~ 4 월 27 일 사용

: 총 사용일수 8 일, 총 사용금액 52 만원,
1 일당 평균 7 만원 미만 해당
→ 1 만원 X 8 일 = 8 만원 지급

· 간병인 사용일당(요양병원 제외) 지급금액 : 간병인 사용일수 16 일, 보험금 16 만원 + 8 만원
= 24 만원 지급

③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제2항을 적용합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

< 용어 풀이 >

입원: 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여

치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

의사: 유면허 의료행위를 하는자를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2 년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

습관성 유산, 불임 및 인공수정: 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병

4. 성병
5. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술비
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제 3 조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제 3 조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제 1 항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제 1 항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제 4 조의 2(간호·간병통합서비스 제공 등 의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

< 간병인의 주요 업무 >

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제 4 조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 사고증명서〔(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비)〕 등
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제 2 조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

1. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로

확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)

2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)

③ 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 「의료법」 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

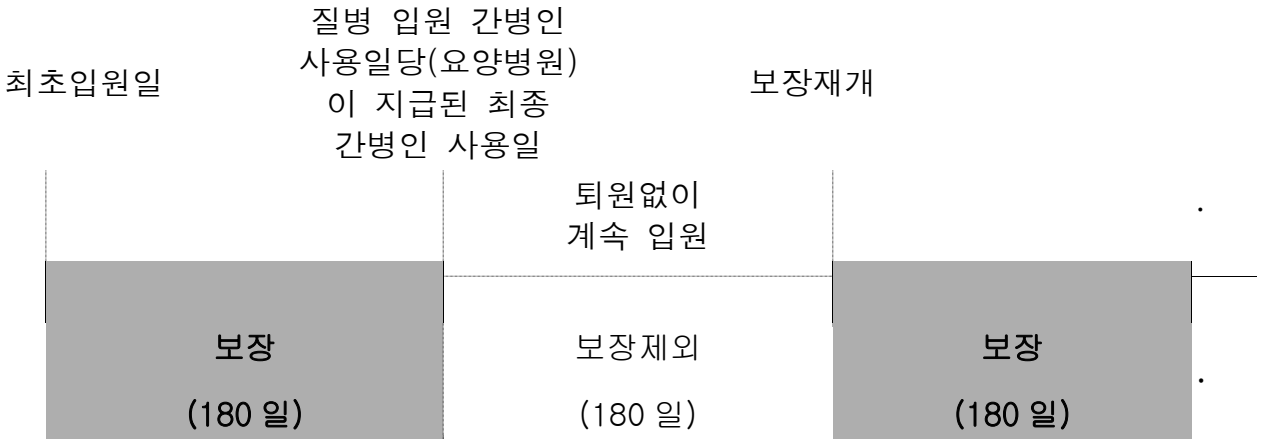
질병 입원 간병인 사용일당(요양병원) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자(이하「피보험자」라 합니다)가 질병으로 인하여 보험기간중 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 1일 이상 계속입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속입원한 것으로 봅니다. 이하 같습니다)하여 치료를 받으면서 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인의 간병서비스를 사용한 경우 사용일 1일당 보험가입금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)으로 지급합니다.

② 제1항의 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일이내의 입원을 한도로 합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제2항을 적용합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

< 용어 풀이 >

입원: 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

의사: 유면허 의료행위를 하는자를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2 년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

습관성 유산, 불임 및 인공수정: 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병

4. 성병
5. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술비
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제 3 조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제 3 조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제 1 항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제 1 항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제 4 조의 2(간호·간병통합서비스 제공 등 의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

< 간병인의 주요 업무 >

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제 4 조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 사고증명서 [(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비)] 등
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제 2 조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

1. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야

합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)

2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)

③ 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 「의료법」 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정 5대 호흡계질환 진단비 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중 「특정 5대 호흡계질환」으로 진단확정되었을 경우, 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제 2 조(특정 5대 호흡계질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정 5대 호흡계질환」이라 함은 [별표 16]특정 5대 호흡계질환 분류표에서 정한 상병을 말합니다.

②「특정 5대 호흡계질환」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 항체, 항원검사, 유발검사 및 피부시험 등을 기초로 내려져야 합니다.

제 3 조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 특별약관 보험가입금액의 100%를 보상한 경우에는 그 100% 보상의 원인이 생긴 때로부터 해당피보험자의 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정 2대 호흡계질환 진단비 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중 「특정 2대 호흡계질환」으로 진단확정되었을 경우, 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제 2 조(특정 2대 호흡계질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정 2대 호흡계질환」이라 함은 [별표 17] 특정 2대 호흡계질환 분류표에서 정한 상병을 말합니다.

②「특정 2대 호흡계질환」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 항체, 항원검사, 유발검사 및 피부시험 등을 기초로 내려져야 합니다.

제 3 조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 특별약관 보험가입금액의 100%를 보상한 경우에는 그 100% 보상의 원인이 생긴 때로부터 해당피보험자의 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정 6 대 소화계질환 진단비 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중 「특정 6 대 소화계질환」으로 진단확정되었을 경우, 최초 1 회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제 2 조(특정 6 대 소화계질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정 6 대 소화계질환」이라 함은 [별표 18] 특정 6 대 소화계질환 분류표에서 정한 상병을 말합니다.

②「특정 6 대 소화계질환」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 항체, 항원검사, 유발검사 및 피부시험 등을 기초로 내려져야 합니다.

제 3 조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 특별약관 보험가입금액의 100%를 보상한 경우에는 그 100% 보상의 원인이 생긴 때로부터 해당피보험자의 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정 4 대 소화계질환 진단비 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중 「특정 4 대 소화계질환」으로 진단확정되었을 경우, 최초 1 회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제 2 조(특정 4 대 소화계질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정 4 대 소화계질환」이라 함은 [별표 19] 특정 4 대 소화계질환 분류표에서 정한 상병을 말합니다.

②「특정 4 대 소화계질환」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 항체, 항원검사, 유발검사 및 피부시험 등을 기초로 내려져야 합니다.

제 3 조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 특별약관 보험가입금액의 100%를 보상한 경우에는 그 100% 보상의 원인이 생긴 때로부터 해당피보험자의 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병 종별(1~8 종) 수술비 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 질병으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 보험기간중 【별표 40】(종별수술의 종류 및 등급분류표)에서 정한 수술을 받은 때에는 이 특별약관에서 정한 지급금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다. 단, 1 회의 입원당 1 회의 수술 또는 1 회의 통원당 1 회의 수술에 한하여 보장하며, 하나의 「수술코드」당 1 회에 한하여 보장합니다.

분류	지급금액
1종 수술	질병 1종 수술 보험가입금액
2종 수술	질병 2종 수술 보험가입금액
3종 수술	질병 3종 수술 보험가입금액
4종 수술	질병 4종 수술 보험가입금액
5종 수술	질병 5종 수술 보험가입금액
6종 수술	질병 6종 수술 보험가입금액
7종 수술	질병 7종 수술 보험가입금액
8종 수술	질병 8종 수술 보험가입금액

제 2 조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 [별표 20](종별수술의 종류 및 등급분류표)에서 정한 「수술코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 제 1 항의 「수술코드」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.

<용어풀이>

【 KDRG(Korean Diagnosis Related Group) 】

건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 수술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다.

이 특별약관은 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

【 ADRG(Adjacent DRG) 】

환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라 "외과계 그룹"과 "내과계 그룹"으로 분류한 후 의료행위주 1)와 진단명주 2)에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.

주 1) 의료행위란 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 수가코드를 말합니다.

주 2) 진단명이란 통계청에서 고시하는 "한국표준질병·사인분류"상의 분류번호를 말합니다.

【 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC) 】

신체부위나 질병특성에 따라 구분되는 질병군의 대분류를 말합니다.

③ 제 2 항의 「수술코드」에서 향후 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」 개정으로 동일한 수술에 대해 「수술코드」가 변경되는 경우 이 특별약관의 체결시점에서 정한 「수술코드」를 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 "ADRG"가 신규 추가되는 경우 회사는 [별표 20](종별수술의 종류 및 등급분류표)의 구분에 준하여 수술코드를 결정합니다

* 회사는 피보험자가 수술 받은 시점에서 부여된 의료행위, 진단명 및 주진단범주(MDC) 등을 이 특별약관 체결시점의 "KDRG"기준에 적용합니다.
* 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술코드를 기준으로 수술비를 지급합니다.

<예시안내>

이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술코드는 A010(KDRG 버전 4.4)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술코드가 A080(KDRG 버전 5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전 4.4)에 해당하는 수술비를 지급합니다.

④ 제 2 항 및 제 3 항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술은 보장에서 제외됩니다.

⑤ 제 1 항의 수술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제 2 부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제 2 장(검사료) 및 제 3 장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제 3 장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술에 포함하여 보장합니다.

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

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

제 3 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

* ADRG 는 1 회의 입원 또는 1 회의 통원에 대하여 2 가지 이상의 수술을 받더라도 "KDRG"에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성됩니다. 이 경우 외과적 우선순위는 [별표 20](종별수술의 종류 및 등급분류표)의 수술종류와 차이가 있을 수 있습니다.

<예시안내>

피보험자가 입원을 하고 “유방재건술(J051)”(3 종)과 “유방절제술(J061)”(7 종)을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 ADRG 는 “유방재건술(J051)”입니다. 다만, 이 경우 회사는 제 2 항에 따라 “유방절제술(J061)”에 해당하는 7 종의 수술비를 지급합니다.

③ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제 1 조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 계속입원 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180 일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제 1 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 질병 종별 수술비를 보장합니다.

⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술한 경우, 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제 2 조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술에 포함하여 보장합니다.

<예시안내>

자동차보험 또는 산재보험 등 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 아래의 진단명 및 의료행위를 받은 경우 회사는 제 5 항에 따라 “슬관절 및 하퇴골 골절 수술(I283)”에 해당하는 수술비를 지급합니다.

·진단명 : 경골 하단의 기타 골절(S82.38)

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

⑥ 제 2 항에도 불구하고 제 5 항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술을 받은 경우 회사는 이 수술코드에 해당하는 질병 종별 수술비와 제 5 항의 수술코드에 해당하는 질병 종별 수술비를 각각 지급합니다.

⑦ 「단순 자궁 수술(악성종양 제외)(N031, N032)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제 1 조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 4 조(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. 상해를 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
9. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
10. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우

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

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

③ 회사는 [별표 20](종별수술의 종류 및 등급분류표)의 주 2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.

④ 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제 9 조 제 1 항([별표 2] 비급여대상)에 해당하는 수술에 대하여는 보상하지 않습니다.

제 5 조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI 코드 포함)), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)

   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI 코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI 코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 「의료법」 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

통풍 진단비 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중 「통풍」으로 진단확정되었을 경우, 최초 1 회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자(의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제 2 조(통풍의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「통풍」이라 함은 [별표 23]통풍 분류표에서 정한 상병을 말합니다.

②「통풍」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 항체, 항원검사, 유발검사 및 피부시험 등을 기초로 내려져야 합니다.

제 3 조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 특별약관 보험가입금액의 100%를 보상한 경우에는 그 100% 보상의 원인이 생긴 때로부터 해당피보험자의 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

위·십이지장, 대장 양성종양 및 폴립 진단비 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중 「위·십이지장, 대장 양성종양 및 폴립」으로 진단확정되었을 경우, 최초 1 회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자(의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제 2 조(위·십이지장, 대장 양성종양 및 폴립의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「위·십이지장, 대장 양성종양 및 폴립」이라 함은 [별표 24]위·십이지장, 대장 양성종양 및 폴립 분류표에서 정한 상병을 말합니다.

②「위·십이지장, 대장 양성종양 및 폴립」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 항체, 항원검사, 유발검사 및 피부시험 등을 기초로 내려져야 합니다.

제 3 조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 특별약관 보험가입금액의 100%를 보상한 경우에는 그 100% 보상의 원인이 생긴 때로부터 해당피보험자의 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

간경변증 진단비 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중 「간경변증」으로 진단확정되었을 경우, 최초 1 회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자(의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제 2 조(간경변증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「간경변증」이라 함은 [별표 25]간경변증 분류표에서 정한 상병을 말합니다.

②「간경변증」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 항체, 항원검사, 유발검사 및 피부시험 등을 기초로 내려져야 합니다.

제 3 조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 특별약관 보험가입금액의 100%를 보상한 경우에는 그 100% 보상의 원인이 생긴 때로부터 해당피보험자의 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암 직접치료 통원일당(요양병원제외) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 「암」(기타피부암, 갑상샘암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양은 제외하며, 이하 「암」이라 합니다)으로 진단확정되고 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간중 이 특별약관에서 정한 보장개시일 이후 통원하여 의사의 치료를 받은 때에는 통원 1회당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 암 직접치료 통원일당(요양병원제외)으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항의 암 직접치료 통원일당(요양병원제외)의 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1조(보험금의 지급사유)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 종료일을 포함하여 14일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 제1항의 암 직접치료 통원일당(요양병원제외)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급합니다.

④ 암 직접치료 통원일당(요양병원제외)의 지급횟수는 연간 ( )회 한도로 지급합니다.

⑤ 제4항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 통원 치료기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암 직접치료 통원일당(요양병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제 2 조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병([별표2]「악성신생물 분류표」참조)을 말합니다. 다만, 기타피부암, 갑상샘암, 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potentiall)는 위의 분류에서 제외합니다.

<유의사항>

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지

침"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.

② 「암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[갑상샘암의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

< '진단이 가능하지 않을 때' 예시 >

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

제 3 조("암의 직접적인 치료"의 정의)

① "「암」의 직접적인 치료"라 함은 「암」을 제거하거나 「암」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.

② "「암」의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암」을 제거하거나 「암」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ "「암」의 직접적인 치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “「암」의 직접적인 치료”로 봅니다.

1. 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. “「암」의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. “「암」의 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 제 2 조 제 3 호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제 4 조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 인정하는 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암 직접치료 통원일당(상급종합병원) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 「암」(기타피부암, 갑상샘암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양은 제외하며, 이하 「암」이라 합니다)으로 진단확정되고 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간중 이 특별약관에서 정한 보장개시일 이후 「상급종합병원」에 통원하여 의사의 치료를 받은 때에는 통원 1회당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항의 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)의 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1조(보험금의 지급사유)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 종료일을 포함하여 14일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 제1항의 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급합니다.

④ 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)의 지급횟수는 연간 ( )회 한도로 지급합니다.

⑤ 제4항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 통원 치료기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제5조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)을 지급합니다.

③ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제5조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)을 지급합니다.

제 3 조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병([별표2]「악성신생물 분류표」참조)을 말합니다. 다만, 기타피부암, 갑상샘암, 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potentiall)는 위의 분류에서 제외합니다.

<유의사항>

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

② 「암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[갑상샘암의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

< '진단이 가능하지 않을 때' 예시 >

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

제 4 조("암의 직접적인 치료"의 정의)

① “「암」의 직접적인 치료”라 함은 「암」을 제거하거나 「암」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.

② “「암」의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암」을 제거하거나 「암」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ “「암」의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “「암」의 직접적인 치료”로 봅니다.

1. 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. “「암」의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. “「암」의 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 제 2 조 제 3 호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제5조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제 3 조의 4(상급종합병원 지정)에서 규정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제 6 조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「상급종합병원」에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 7 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

유사암 직접치료 통원일당(요양병원제외) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 「유사암」(기타피부암, 갑상샘암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양을 말하며, 이하 「유사암」이라 합니다)으로 진단확정되고 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간중 이 특별약관에서 정한 보장개시일 이후 통원하여 의사의 치료를 받은 때에는 통원 1회당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 유사암 직접치료 통원일당(요양병원제외)으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항의 유사암 직접치료 통원일당(요양병원제외)의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1조(보험금의 지급사유)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 종료일을 포함하여 14일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 제1항의 유사암 직접치료 통원일당(요양병원제외)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급합니다. 다만, 「유사암」 통원횟수는 기타피부암, 갑상샘암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양의 통원횟수를 더하여 계산합니다.

④ 유사암 직접치료 통원일당(요양병원제외)의 지급횟수는 연간 ( )회 한도로 지급합니다.

⑤ 제4항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 통원 치료기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 유사암 직접치료 통원일당(요양병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제 2 조(기타피부암, 갑상샘암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

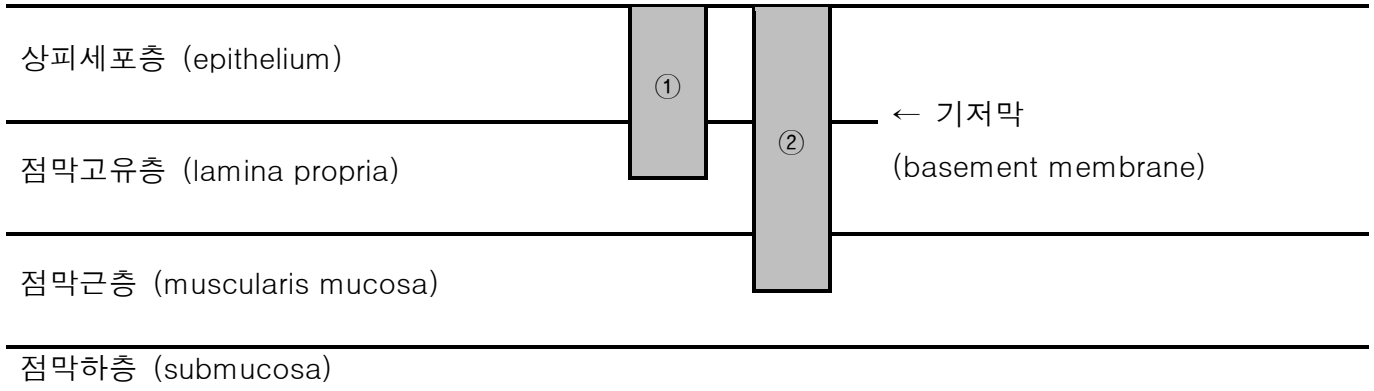
② 이 특별약관에 있어서「갑상샘암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「대장점막내암」이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악

성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

<예시안내>

[대장점막내암]



(악성종양세포 침범깊이)

① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우

② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

④ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(**오류! 참조 원본을 찾을 수 없습니다.「오류! 참조 원본을 찾을 수 없습니다.**」참조)을 말합니다. 다만, 제3항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표5]「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.

⑥「유사암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[갑상샘암의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

< '진단이 가능하지 않을 때' 예시 >

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

제 3 조("유사암의 직접적인 치료"의 정의)

① "「유사암」의 직접적인 치료"라 함은 「유사암」을 제거하거나 「유사암」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.

② "「유사암」의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「유사암」을 제거하거나 「 유사암」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ "「유사암」의 직접적인 치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「유사암」의 제거 또는 「유사암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「유사암」이나 「유사암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 "「유사암」의 직접적인 치료"로 봅니다.

1. 「유사암」의 제거 또는 「유사암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "「유사암」의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "「유사암」의 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 제 2 조 제 3 호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제 4 조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 필

요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 인정하는 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

유사암 직접치료 통원일당(상급종합병원) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 「유사암」(기타피부암, 갑상샘암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양을 말하며, 이하 「유사암」이라 합니다)으로 진단확정되고 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간중 이 특별약관에서 정한 보장개시일 이후 「상급종합병원」에 통원하여 의사의 치료를 받은 때에는 통원 1회당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 유사암 직접치료 통원일당(상급종합병원)으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항의 유사암 직접치료 통원일당(상급종합병원)의 보장개시일은 보험기간의 첫날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1조(보험금의 지급사유)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 종료일을 포함하여 14일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 제1항의 유사암 직접치료 통원일당(상급종합병원)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급합니다. 다만, 「유사암」 통원횟수는 기타피부암, 갑상샘암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양의 통원횟수를 더하여 계산합니다.

④ 유사암 직접치료 통원일당(상급종합병원)의 지급횟수는 연간 ( )회 한도로 지급합니다.

⑤ 제4항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 통원 치료기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 유사암 직접치료 통원일당(상급종합병원)의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 유사암 직접치료 통원일당(상급종합병원)의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제5조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보

험금의 지급사유)에 따라 유사암 직접치료 통원일당(상급종합병원)을 지급합니다.

③ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제5조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 유사암 직접치료 통원일당(상급종합병원)을 지급합니다.

제 3 조(기타피부암, 갑상샘암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

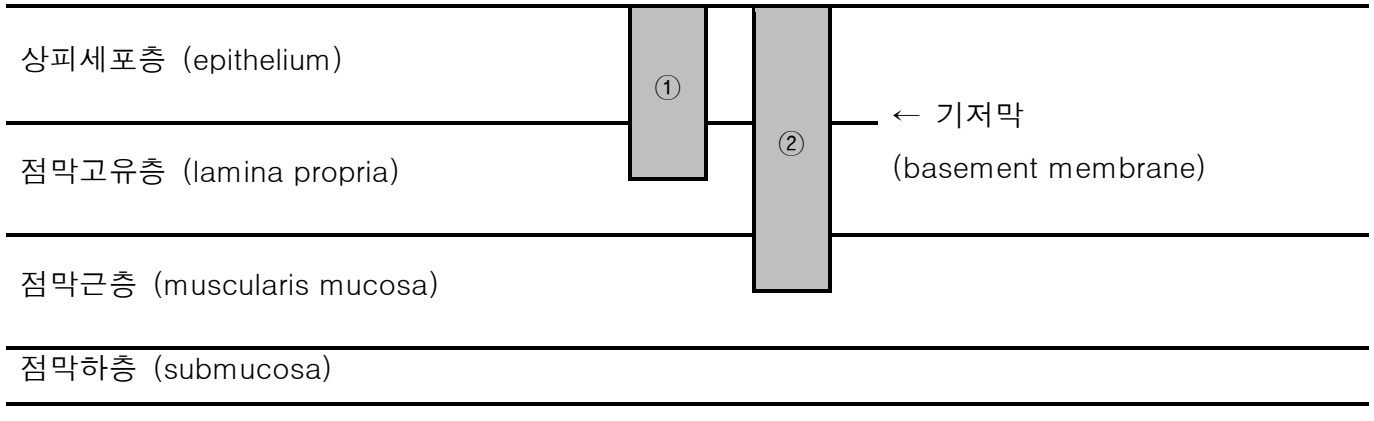
① 이 특별약관에 있어서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서「갑상샘암」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「대장점막내암」이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

<예시안내>

[대장점막내암]



(악성종양세포 침범깊이)

① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우

② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

④ 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(**오류! 참조 원본을 찾을 수 없습니다.「오류! 참조 원본을 찾을 수 없습니**

다.」 참조)을 말합니다. 다만, 제3항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표5]「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」 참조)을 말합니다.

⑥「유사암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[갑상샘암의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

< '진단이 가능하지 않을 때' 예시 >

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

제 4 조("유사암의 직접적인 치료"의 정의)

① "「유사암」의 직접적인 치료"라 함은 「유사암」을 제거하거나 「유사암」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.

② "「유사암」의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「유사암」을 제거하거나 「 유사암」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ "「유사암」의 직접적인 치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「유사암」의 제거 또는 「유사암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3.「유사암」이나 「유사암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “「유사암」의 직접적인 치료”로 봅니다.

1. 「유사암」의 제거 또는 「유사암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. “「유사암」의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. “「유사암」의 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 제 2 조 제 3 호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제5조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제 3 조의 4(상급종합병원 지정)에서 규정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제 6 조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「상급종합병원」에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 7 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌졸중 통원일당(요양병원제외) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 「뇌졸중」으로 진단확정되고 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 보험기간 중 이 특별약관에서 정한 보장개시일 이후 통원하여 의사의 치료를 받은 때에는 통원 1회당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 뇌졸중 통원일당(요양병원제외)으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항의 뇌졸중 통원일당(요양병원제외)의 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1조(보험금의 지급사유)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 종료일을 포함하여 14일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 제1항의 뇌졸중 통원일당(요양병원제외)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급합니다.

④ 뇌졸중 통원일당(요양병원제외)의 지급횟수는 연간 ( )회 한도로 지급합니다.

⑤ 제4항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제 2 조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에 있어서 「뇌졸중」이라 함은 한국표준질병사인분류중 뇌졸중으로 분류되는 질병([별표4]뇌졸중·분류표 참조)을 말합니다.

② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

제 3 조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 인정하는 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌졸중 통원일당(상급종합병원) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 「뇌졸중」으로 진단확정되고 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 보험기간 중 이 특별약관에서 정한 보장개시일 이후 「상급종합병원」에 통원하여 의사의 치료를 받은 때에는 통원 1회당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 뇌졸중 통원일당(상급종합병원)으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항의 뇌졸중 통원일당(상급종합병원)의 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1조(보험금의 지급사유)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 종료일을 포함하여 14일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 제1항의 뇌졸중 통원일당(상급종합병원)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급합니다.

④ 뇌졸중 통원일당(상급종합병원)의 지급횟수는 연간 ( )회 한도로 지급합니다.

⑤ 제4항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 뇌졸중 통원일당(상급종합병원)의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 뇌졸중 통원일당(상급종합병원)을 지급합니다.

③ 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 뇌졸중 통원일당(상급종합병원)을 지급합니다.

제 3 조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에 있어서 「뇌졸중」이라 함은 한국표준질병사인분류중 뇌졸중으로 분류되는 질병([별표4]뇌졸중·분류표 참조)을 말합니다.

② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제 3 조의 4(상급종합병원 지정)에서 규정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제 5 조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「상급종합병원」에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌혈관질환 통원일당(요양병원제외) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 「뇌혈관질환」으로 진단확정되고 「뇌혈관질환」의 치료를 목적으로 보험기간중 이 특별약관에서 정한 보장개시일 이후 통원하여 의사의 치료를 받은 때에는 통원 1회당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 뇌혈관질환 통원일당(요양병원제외)으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항의 뇌혈관질환 통원일당(요양병원제외)의 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1조(보험금의 지급사유)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 종료일을 포함하여 14일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 제1항의 뇌혈관질환 통원일당(요양병원제외)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급합니다.

④ 뇌혈관질환 통원일당(요양병원제외)의 지급횟수는 연간 ( )회 한도로 지급합니다.

⑤ 제4항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제 2 조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 「뇌혈관질환」이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌혈관질환으로 분류되는 질병으로서 [별표 7]「뇌혈관질환 분류표」에서 정한 다음의 질병을 말합니다.

'거미막하출혈', '뇌내출혈', '기타 비외상성 두개내 출혈', '뇌경색증', '출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌중풍', '뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착', '뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착', '기타 대뇌혈관 질환', '달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애', '뇌혈관 질환의 후유증'

② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제 3 조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이

진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

제 3 조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 「뇌혈관질환」의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 인정하는 의료기관(단, 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항 제 3 호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌혈관질환 통원일당(상급종합병원) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 「뇌혈관질환」으로 진단확정되고 「뇌혈관질환」의 치료를 목적으로 보험기간중 이 특별약관에서 정한 보장개시일 이후 「상급종합병원」에 통원하여 의사의 치료를 받은 때에는 통원 1회당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 뇌혈관질환 통원일당(상급종합병원)으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항의 뇌혈관질환 통원일당(상급종합병원)의 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1조(보험금의 지급사유)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 종료일을 포함하여 14일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 제1항의 뇌혈관질환 통원일당(상급종합병원)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급합니다.

④ 뇌혈관질환 통원일당(상급종합병원)의 지급횟수는 연간 ( )회 한도로 지급합니다.

⑤ 제4항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 뇌혈관질환 통원일당(상급종합병원)의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 뇌혈관질환 통원일당(상급종합병원)을 지급합니다.

③ 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 뇌혈관질환 통원일당(상급종합병원)을 지급합

니다.

제 3 조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 「뇌혈관질환」이라 함은 제 8 차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌혈관질환으로 분류되는 질병으로서 [별표 7]「뇌혈관질환 분류표」에서 정한 다음의 질병을 말합니다.

'거미막하출혈', '뇌내출혈', '기타 비외상성 두개내 출혈', '뇌경색증', '출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌중풍', '뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착', '뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착', '기타 대뇌혈관 질환', '달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애', '뇌혈관 질환의 후유증'

② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제 3 조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제 3 조의 4(상급종합병원 지정)에서 규정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제 5 조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 「뇌혈관질환」의 치료를 목적으로

필요하다고 인정한 경우로서 「상급종합병원」에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

급성심근경색증 통원일당(요양병원제외) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 「급성심근경색증」으로 진단확정되고 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 보험기간중 이 특별약관에서 정한 보장개시일 이후 통원하여 의사의 치료를 받은 때에는 통원 1 회당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 급성심근경색증 통원일당(요양병원제외)으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항의 급성심근경색증 통원일당(요양병원제외)의 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 종료일을 포함하여 14 일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 제1항의 급성심근경색증 통원일당(요양병원제외)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급합니다.

④ 급성심근경색증 통원일당(요양병원제외)의 지급횟수는 연간 ( )회 한도로 지급합니다.

⑤ 제4항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제 2 조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에 있어서 「급성심근경색증」이라 함은 한국표준질병사인분류중 급성심근경색증으로 분류되는 질병([별표 6]급성심근경색증·분류표 참조)을 말합니다.

② 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제 3 조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

제 3 조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 인정하는 의료기관(단, 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항 제 3 호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

급성심근경색증 통원일당(상급종합병원) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 「급성심근경색증」으로 진단확정되고 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 보험기간중 이 특별약관에서 정한 보장개시일 이후 「상급종합병원」에 통원하여 의사의 치료를 받은 때에는 통원 1 회당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 급성심근경색증 통원일당(상급종합병원)으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항의 급성심근경색증 통원일당(상급종합병원)의 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 종료일을 포함하여 14 일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 제1항의 급성심근경색증 통원일당(상급종합병원)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급합니다.

④ 급성심근경색증 통원일당(상급종합병원)의 지급횟수는 연간 ( )회 한도로 지급합니다.

⑤ 제4항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 급성심근경색증 통원일당(상급종합병원)의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 급성심근경색증 통원일당(상급종합병원)을 지급합니다.

③ 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 급성심근경색증 통원일당(상급종합병원)을 지

급합니다.

제 3 조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에 있어서 「급성심근경색증」이라 함은 한국표준질병사인분류중 급성심근경색증으로 분류되는 질병([별표 6]급성심근경색증·분류표 참조)을 말합니다.

② 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제 3 조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제 3 조의 4(상급종합병원 지정)에서 규정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제 5 조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「상급종합병원」에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

허혈성심장질환 통원일당(요양병원제외) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 「허혈성심장질환」으로 진단확정되고 「허혈성심장질환」의 치료를 목적으로 보험기간중 이 특별약관에서 정한 보장개시일 이후 통원하여 의사의 치료를 받은 때에는 통원 1 회당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 허혈성심장질환 통원일당(요양병원제외)으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항의 허혈성심장질환 통원일당(요양병원제외)의 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 종료일을 포함하여 14 일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 제1항의 허혈성심장질환 통원일당(요양병원제외)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급합니다.

④ 허혈성심장질환 통원일당(요양병원제외)의 지급횟수는 연간 ( )회 한도로 지급합니다.

⑤ 제4항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제 2 조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에 있어서 「허혈성심장질환」이라 함은 한국표준질병사인분류중 허혈성심장질환으로 분류되는 질병([별표 11]허혈심장질환·분류표 참조)을 말합니다.

② 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제 3 조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

제 3 조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 「허혈성심장질환」의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 인정하는 의료기관(단, 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항 제 3 호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

허혈성심장질환 통원일당(상급종합병원) 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 「허혈성심장질환」으로 진단확정되고 「허혈성심장질환」의 치료를 목적으로 보험기간중 이 특별약관에서 정한 보장개시일 이후 「상급종합병원」에 통원하여 의사의 치료를 받은 때에는 통원 1 회당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 허혈성심장질환 통원일당(상급종합병원)으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항의 허혈성심장질환 통원일당(상급종합병원)의 보장개시일은 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 종료일을 포함하여 14 일 이내에 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 제1항의 허혈성심장질환 통원일당(상급종합병원)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급합니다.

④ 허혈성심장질환 통원일당(상급종합병원)의 지급횟수는 연간 ( )회 한도로 지급합니다.

⑤ 제4항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 허혈성심장질환 통원일당(상급종합병원)의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 허혈성심장질환 통원일당(상급종합병원)을 지급합니다.

③ 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 허혈성심장질환 통원일당(상급종합병원)을 지

급합니다.

제 3 조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에 있어서 「허혈성심장질환」이라 함은 한국표준질병사인분류중 허혈성심장질환으로 분류되는 질병([별표 11]허혈심장질환·분류표 참조)을 말합니다.

② 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제 3 조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제 3 조의 4(상급종합병원 지정)에서 규정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제 5 조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 「허혈성심장질환」의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「상급종합병원」에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

[(상해질병) 혼합위험]

공무원(경찰제외) 순직 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 순직할 경우 순직보험금으로 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급합니다.

② 제 1 항에서 「순직」이란 피보험자가 공무상 질병 또는 부상으로 인해 보험기간 중에 사망하여 공무원 재해보상법 제 6 조에 따른 「공무원 재해보상심의회」의 결정에 따라 순직(위험직무순직 포함)유족연금·보상금 지급대상이 된 경우를 말합니다.

③ 제 2 항은 피보험자가 보험기간 중 사망하고 보험기간 종료 후 「순직」대상으로 결정된 경우를 포함하며, 피보험자가 보험기간 종료 후 사망한 경우는 포함하지 않습니다.

④ 피보험자가 교직원단체에 소속된 교직원이 아닌 교직원단체의 근로자로서 공무수행중 사망한 경우에는 순직보험금을 지급합니다. 단, 피보험자가 「산업재해보상보험법」 등에 따른 재해보상 적용자이어야 합니다.

제 2 조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 국가공무원법 제 2 조(공무원의 구분)에서 규정한 국가공무원을 피보험자로 합니다. 단, 경찰공무원 및 경찰관서에 소속된 공무원은 제외합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관(다만, 제 3 조, 제 4 조 및 제 5 조의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

수술비 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다) 및 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간중 [별표 9](수술의 종류 및 등급분류표 참조)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제 2 조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제 1 항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

신의료기술평가위원회: 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

의사: 유면허 의료행위를 하는자를 말합니다.

③ 제 1 항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치

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

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

- 체외 충격파 치료(E.S.W.T.: extracorporeal shock wave therapy)
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

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

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

공무원(경찰・소방제외) 공상 입원일당 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 공무상 발생한 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다) 또는 공무상 질병(이하 “공상”이라 합니다)의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 보험기간중 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1 일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항의 공상입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 ( )일을 한도로 합니다.

③ 피보험자가 동일한 “공상”(이와 의학상 중요한 관계가 있다고 회사가 인정한 사고를 포함합니다. 이하 같습니다)의 치료를 직접목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우(병원 또는 의원을 이전하여 2 회 이상 입원한 경우 포함)에는 이를 1 회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 최종 퇴원일로부터 180 일이 지나서 다시 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

< 용어 풀이 >

입원: 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

의사: 유면허 의료행위를 하는자를 말합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유) 의 공상이라 함은 공무원 재해보상법 제 22 조(요양급여)에서 정한 급여대상에 해당하는 상해 또는 질병이 피보험자에게 발생하고 동법 제 9 조(급여의 청구 및 결정) 에서 정한 급여 지급이 최초로 결정된 경우를 말합니다.

② 제 1 조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 공상입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 공상입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제 3 조 (피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 아래와 같습니다.

1. 국가공무원법 제 2 조(공무원의 구분)에서 분류된 공무원(경찰공무원, 소방공무원 제외)
2. 지방공무원법 제 2 조(공무원의 구분)에서 분류된 공무원(경찰공무원, 소방공무원 제외)

제 4 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

공상 진단비 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 공무상 발생한 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다) 또는 공무상 질병(이하 “공상”이라 합니다)의 직접결과로써 보험기간중 급여지급이 결정된 경우 최초 1 회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 공상 진단비로 지급합니다.

② 제 1 항 의 공상이라 함은 공무원 재해보상법 제 22 조(요양급여)에서 정한 급여대상에 해당하는 상해 또는 질병이 피보험자에게 발생하고 동법 제 9 조(급여의 청구 및 결정) 에서 정한 급여 지급이 최초로 결정된 경우를 말합니다.

제 2 조 (피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 아래와 같습니다.

1. 국가공무원법 제 2 조(공무원의 구분)에서 분류된 공무원
2. 지방공무원법 제 2 조(공무원의 구분)에서 분류된 공무원

제 3 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

깁스치료비(부목치료 제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 「깁스(Cast)치료」(이하 「깁스치료」라 합니다)를 받거나 보험기간중 이 특별약관의 보장개시일 이후에 질병으로 「깁스치료」를 받은 경우 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항의 깁스치료비(부목치료 제외)는 매사고마다 지급합니다. 다만, 동일한 상해 또는 질병으로 깁스치료를 2회이상 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

③ 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 제1항 상해사고의 직접결과로 인해 보험기간 종료 이후 「깁스(Cast)치료」를 받더라도 보상하여 드립니다.

제 2 조(「깁스치료」의 정의)

① 이 특별약관에서「깁스(Cast)치료」라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료를 직접적인 목적으로「깁스(Cast)치료」가 필요하다고 인정되는 경우로서 병원에서 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, 부목(Splint Cast)치료는 제외합니다.

② 제1항에서 "부목치료"라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

[기타위험]

출산지원금 특별약관(Ⅰ)

제 1 조(적용범위)

이 특별약관은 여성만을 대상으로 적용합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 자녀를 출산한 경우 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 최초 1회에 한하여 지급합니다.

② 출산은 임신·유산·사산 및 출산후 출생신고 전 사망의 경우는 포함하지 않습니다.

③ 출생아가 2명 이상인 다태아 출산의 경우에는 출생아의 인원에 관계없이 1회의 보험가입금액을 지급합니다.

<용어정의>

1. 임신: 난자와 정자의 결합으로 만들어진 수정란이 자궁에 착상하여 태아로 발육하는 과정
2. 사산: 자연분만에서 태아가 사망해 있는 자연사산과, 인공적으로 분만시켰을 때에 태아가 사망해 있는 인공사산이 있는데 임신기간 20 주 이후 분만이전이나 분만 도중에 발생하는 태아의 사망
3. 유산: 자연과 인공 두 가지로 분류되며 태아가 생존이 가능한 시기 이전에 임신이 종결되는 것

제 3 조(보험금 청구시 구비서류)

피보험자(보험대상자)자녀의 출생증명서, 가족관계증명서

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

출산지원금 다태아확장 추가특별약관(Ⅰ)

제 1 조(적용범위)

출산지원금 특별약관(Ⅰ) 제 2 조(보험금의 지급사유) 제 3 항에도 불구하고 2 명 이상인 다태아 출산의 경우 태어난 각각의 신생아에 대하여 이 특별약관에 따라 보험금을 지급합니다.

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

출산지원금 특별약관(Ⅱ)

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자 또는 피보험자의 배우자가 보험기간중 자녀를 출산한 경우 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 보험증권에 기재된 보험가입금액을 지급합니다.

② 출산은 임신·유산·사산 및 출산후 출생신고 전 사망의 경우는 포함하지 않습니다.

③ 출생아가 2명 이상인 다태아 출산의 경우에는 출생아의 인원에 관계없이 1회의 보험가입금액을 지급합니다.

<용어정의>

1. 임신: 난자와 정자의 결합으로 만들어진 수정란이 자궁에 착상하여 태아로 발육하는 과정
2. 사산: 자연분만에서 태아가 사망해 있는 자연사산과, 인공적으로 분만시켰을 때에 태아가 사망해 있는 인공사산이 있는데 임신기간 20 주 이후 분만이전이나 분만 도중에 발생하는 태아의 사망
3. 유산: 자연과 인공 두 가지로 분류되며 태아가 생존이 가능한 시기 이전에 임신이 종결되는 것

제 2 조(보험금 청구시 구비서류)

피보험자(보험대상자)자녀의 출생증명서, 가족관계증명서

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

출산지원금 다태아확장 추가특별약관(Ⅱ)

제 1 조(적용범위)

출산지원금 특별약관(Ⅱ) 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 3 항에도 불구하고 2 명 이상인 다태아 출산의 경우 태어난 각각의 신생아에 대하여 이 특별약관에 따라 보험금을 지급합니다.

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

저체중아 출산지원금 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간중 피보험자 또는 피보험자의 배우자가 체중이 출생시 2,000그램 이하의 자녀를 출산한 경우 이 특별약관에 따라 최초1회에 한하여 해당보험금을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 보험금 지급대상은 출생 신고된 출생아에 한하며, 다태아 출산의 경우 태어난 각각의 신생아에 대하여 이 특별약관에 따라 보험금을 지급합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제 1 조(보험금의 지급사유)의 해당 보험금은 자녀가 출생한 날부터 1 년이내에 의사의 진단에 의하여 사고가 확인된 경우에 한하여 지급합니다.

제 3 조(보험금 청구시 구비서류)

피보험자(보험대상자)자녀의 출생증명서, 가족관계증명서, 사고증명서(진단서 등)

제 4 조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

[실손의료비위험]

기본형 실손의료비 특별약관(급여 실손의료비)

실손의료보험은 보험회사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한정합니다)를 보상하는 상품입니다.

제1관 일반사항 및 용어의 정의

제1조(보장종목)

① 회사가 판매하는 기본형 실손의료비 특별약관은 다음과 같이 상해급여형, 질병급여형의 2개 보장종목으로 구성되어 있습니다.

보장종목	보상하는 내용
상해급여	피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여[주)] 치료를 받거나 급여 처방조제를 받은 경우에 보상
질병급여	피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여 치료를 받거나 급여 처방조제를 받은 경우에 보상

주) 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여

② 회사는 이 약관의 명칭에 '급여 실손의료비'라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제2조(용어의 정의)

이 약관에서 사용하는 용어의 뜻은 <붙임1>과 같습니다.

제 2 관 회사가 보상하는 사항

제 3 조(보장종목별 보상내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 보장종목별로 각각 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

<table>
<tr><th>보장
종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(1)
상해급여</td><td>① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 급여의료비를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.
<table>
<tr><th>구분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>입원
(입원실료,
입원제비용
입원수술비)</td><td>「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr>
<td></td>
<td>통원
(외래제비용,
외래수술비,
처방조제비)</td>
<td>통원 1 회당(외래 및 처방조제 합산)「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 (본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인 부담금을 말합니다.)에서 <표 1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액

<표 1> 통원항목별 공제금액
<table>
<tr><th>항 목</th><th>공제금액</th></tr>
<tr><td>「의료법」 제 3 조 제 2 항에 의한 의료기관(동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원은 제외),
「국민건강보험법」
제 42 조제 1 항제 4 호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제 42 조제 1 항제 5 호에 의한 보건진료소에서의 외래 및
「국민건강보험법」
제 42 조제 1 항제 2 호에 의한 약국, 동법 제 42 조제 1 항제 3 호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td><td>1 만원과
보장대상 의료비 20% 중
큰 금액</td></tr>
</table>
</td>
<td></td>
</tr>
</table>

「국민건강보험법」 제 42 조 제 2 항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제 3 조의 4 에 의한 상급종합병원, 동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 2 호에 의한 약국, 동법 제 42 조제 1 항제 3 호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의처방·조제	2 만원과 보장대상 의료비 20% 중 큰 금액

② 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.

③ 피보험자가 「국민건강보험법」 제 5 조, 제 53 조, 제 54 조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제 4 조, 제 15 조, 제 17 조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.

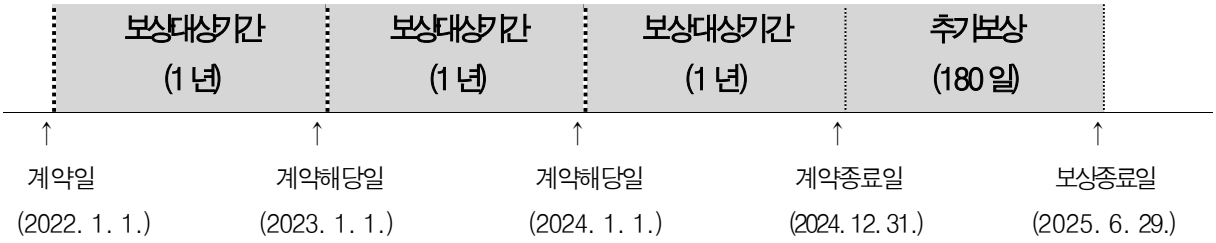
1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제 1 항 <표 1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제 1 호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조에서 정한 연간

보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

④ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일까지 보상합니다.

⑤ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일 이내의 통원을 보상하며 최대 90 회 한도 내에서 보상합니다.

<입원 및 통원 보상기간 예시>



⑥ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 4 항과 제 5 항을 적용하지 않습니다.

⑦ 하나의 상해(같은 상해로 2 회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인해 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1 회로 보아 제 1 항과 제 5 항 내지 제 6 항을 적용합니다.

⑧ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 2 회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1 회의 통원으로 보아 제 1 항과 제 5 항 내지 제 6 항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2 회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.

⑨ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제 4 조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제 42 조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제 1 항 내지 제 3 항에 따라 보상합니다.

(2) ① 회사는 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여

질병급여

치료를 받은 경우에는 급여의료비를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.

구분	보상금액
입원 (입원실료, 입원제비용 입원수술비)	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액
통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1 회당(외래 및 처방조제 합산) 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)에서 <표 1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액

<표 1> 통원항목별 공제금액

항 목	공제금액

「의료법」 제 3 조 제 2 항에 의한 의료기관(동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 4 호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제 42 조제 1 항제 5 호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 2 호에 의한 약국, 동법 제 42 조제 1 항제 3 호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1 만원과 보장대상 의료비 20% 중 큰 금액
「국민건강보험법」 제 42 조 제 2 항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제 3 조의 4 에 의한 상급종합병원, 동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 2 호에 의한 약국, 동법 제 42 조제 1 항제 3 호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	2 만원과 보장대상 의료비 20% 중 큰 금액

② 피보험자가 「국민건강보험법」제 5 조, 제 53 조, 제 54 조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」제 4 조, 제 15 조, 제 17 조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.

1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제 1 항 <표 1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제 5 조(보험가입금액

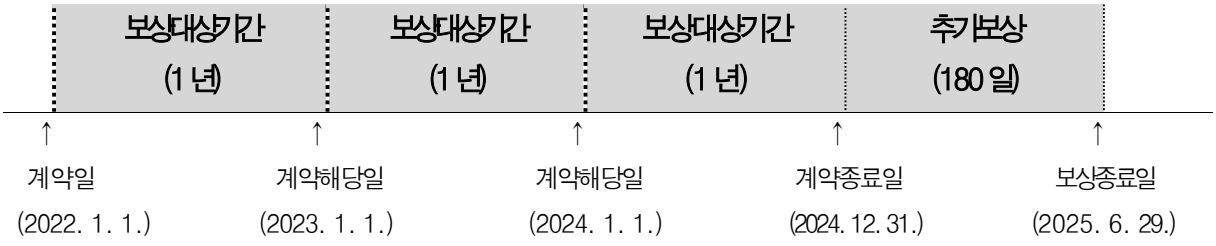
한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제 1 호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일까지 보상합니다.

④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일 이내의 통원을 보상하며 최대 90 회 한도 내에서 보상합니다.

<입원 및 통원 보상기간 예시>



⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 3 항과 제 4 항을 적용하지 않습니다.

⑥ 하나의 질병으로 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1 회로 보아 제 1 항과 제 4 항 내지 제 5 항을 적용합니다.

⑦ “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2 회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러

	종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원 또는 통원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다. ⑧ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 2 회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1 회의 통원으로 보아 제 1 항과 제 4 항 내지 제 5 항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2 회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다. ⑨ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제 4 조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제 42 조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제 1 항 내지 제 2 항에 따라 보상합니다.

제 3 관 회사가 보상하지 않는 사항

제 4 조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 급여의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 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. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 7. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1.「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이

	가능한 금액(본인부담금 상한제) 2.「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 3. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여 제 1 항, 제 2 항 및 제 4 항부터 제 8 항에 따라 보상합니다. 4.「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제 26 조 권역응급의료센터 또는 「의료법」제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 전액본인부담 의료비에 해당하는 의료비
(2) 질병급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 급여의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 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. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 5. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99). 다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F51, F90~F98 과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다. 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 으로 발생한 의료비 중 전액본인부담 의료비 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는

	통원한 경우(O00～O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00～Q04). 다만, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우에는 보상합니다. 5. 요실금(N39.3, N39.4, R32) ③ 회사는 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1.「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 2.「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 3. 성장호르몬제 투여에 소요된 비용으로 부담한 전액본인부담금 4. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (2)질병급여 제 1 항, 제 3 항부터 제 8 항에 따라 보상합니다. 5. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다) 6.「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제 26 조 권역응급의료센터 또는 「의료법」제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 전액본인부담 의료비에 해당하는 의료비

제4조의2(특별약관에서 보상하는 사항)

① 제3조 및 제4조에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 의료비는 기본형 실손의료비 특별약관에서 보상하지 않습니다.

1. 비급여의료비

2. 제 1 호와 관련하여 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 발생한 본인부담의료비

② 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 의료비와 다른 의료비가 함께 청구되어 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 각각의 의료비에 대한 확인을 요청할 수 있습니다.

제 4 관 보험금의 지급

제5조(보험가입금액 한도 등)

① 이 계약의 연간 보험가입금액은 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서, (2)질병급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 제3조(보장종목별 보상내용)에 의한 급여의료비를 이 금액 한도 내에서 보상합니다.

② 이 계약에서 '연간'이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 입원 또는 통원 치료시 해당일이 속한 보험연도의 보험가입금액 한도를 적용합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제 또는「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제 적용항목은 실제 본인이 부담한 금액(「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령에서 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액은 제외한 금액)을 한도로 제3조(보장종목별 보상내용) 및 제4조(보상하지 않는 사항)에 따라 보상합니다.

④ 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 입원의 경우 급여의료비 중 보상금액을 제외한 나머지 금액('「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 20%에 해당하는 금액)이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 제1항의 한도내에서 보상합니다.

⑤ 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 통원의 경우 (1)상해급여 또는 (2)질병급여 각각에 대하여 통원 1회당 20만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액의 한도 내에서 보상합니다.

⑥ 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여 제4항 또는 제5항 및 (2)질병급여 제3항 또는

제4항에 따른 계속중인 입원 또는 통원의 보상한도는 연간 보험가입금액에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액을 한도로 적용합니다.

제5조의2(보험가입금액 한도 등에 대한 설명 의무)

① 회사는 제18조(약관 교부 및 설명의무 등)에 따라 계약자가 청약할 때에 약관의 중요한 내용을 설명할 경우, 제5조(보험가입금액 한도 등)의 내용도 함께 설명하여 드립니다.

② 제1항에 따라 보험가입금액 한도 등을 설명할 때에, 회사는 계약자에게 제5조(보험가입금액 한도 등) 제3항의 '본인부담금 상한제' 및 '본인부담금 보상제'에 대한 사항을 구체적으로 설명하여 드립니다.

「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제 : 요양급여비용 중 본인이 부담한 비용의 연간 총액이 일정 상한액(국민건강보험 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준에 따라 국민건강보험법 등 관련 법령에서 정한 금액(81만원~584만원))을 초과하는 경우 그 초과액을 국민건강보험공단이 부담하는 제도

「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 : 수급권자의 급여대상 본인부담금이 매 30일간 다음 금액을 초과하는 경우, 초과금액의 50%에 해당하는 금액을 의료급여기금 등이 부담하는 제도

1. 1종 수급권자 : 2만원
2. 2종 수급권자 : 20만원

「의료급여법」에 따른 본인부담금 상한제 : 본인부담금 보상제에 따라 지급받은 금액을 차감한 급여대상 본인부담금이 다음 금액을 초과하는 경우, 그 초과액 전액을 의료급여기금 등이 부담하는 제도

1. 1종 수급권자 : 매 30일간 5만원
2. 2종 수급권자 : 연간 80만원(다만, 의료법 제3조 제2항 제3호 라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다.)

다만, 관련 법령 등이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다. (상기 예시금액은 2021.5월 기준)

제 6 조(보험금 지급사유 발생의 통지)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제 3 조(보장종목별 보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 것을 알았을 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제 7 조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 사고증명서〔(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비)〕 등
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 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 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 8 조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내의 금액을 지급하는 제도를 말합니다)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 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. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제 5 항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제 7 항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제 3 자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가

추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

④ 회사는 제1항에서 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 <부표> '보험금을 지급할 때의 적립이율'에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

<부표> 보험금을 지급할 때의 적립이율

기 간	지 급 이 자
지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
지급기일의 31 일이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
지급기일의 61 일이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)

주) 1. 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.

2. 가산이율 적용시 제 8 조(보험금의 지급절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 회사는 사실확인이 끝날 때까지 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보장종목별 보상내용)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지

급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑧ 회사는 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제, 「의료급여법」에 따른 본인부담금 상한제 및 보상제와 관련한 확인요청을 할 수 있습니다.

⑨ 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있으며, 진료비확인요청제도를 활용할 경우 회사는 이를 활용한 사례를 집적하고 먼저 유사 사례가 있는지를 확인하고 이용합니다.

⑩ 회사는 보험금 지급시 보험수익자에게 문자메시지, 전자우편 또는 이와 유사한 전자적 장치 등으로 다음 각 호의 사항을 안내하여 드리며, 보험수익자는 안내한 사항과 관련하여 구체적인 계산내역 등에 대하여 회사에 설명을 요청할 수 있습니다.

1. 보험금 지급일 등 지급절차
2. 보험금 지급 내역
3. 보험금 심사 지연 시 지연 사유 및 예상 지급일
4. 보험금을 감액하여 지급하거나 지급하지 아니하는 경우에는 그 사유 등

제 9 조(보험금을 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자를 말합니다)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 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율'을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제 10 조(주소변경의 통지)

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

② 제1항에서 정한 대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법을 통하여 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자

또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 하며, 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.

제 5 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 12 조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단을 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(상법에 따른 "고지의무"와 같으며, 이하 "계약 전 알릴 의무"라 합니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제 3 조(의료기관)에 따른 종합병원이나 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제 13 조(상해보험계약 후 알릴 의무)

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

1. 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

<용어풀이>

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

(예) 학생, 미취학아동, 무직 등

직무: 직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

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

② 회사는 제 1 항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제 20 조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

[위험변경에 따른 계약변경 절차]

위험변경사항 통지
(우편, 전화, 방문 등)

↓

계약자, 피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약

↓

계약변경사항 인수 심사

↓

정산금액 처리
(환급 또는 추가납입)

↓

계약변경 완료

③ 회사는 제 2 항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 해약환급금 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.

④ 제 1 항의 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 제 1 항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1 개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제 4 항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제 14 조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제 12 조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우

<용어풀이>

해지: 현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약 유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 말합니다.

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

2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제 13 조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제 1 항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

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

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때

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

③ 제1항에 따라 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 전에 이루어진 경우, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 또한 이 경우 계약 해지로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제13조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을

회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

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

제 15 조(사기에 의한 계약)

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

② 회사가 제 1 항에 따라 계약을 취소한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고, 취소후 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 6 관 보험계약의 성립과 유지

제 16 조(보험계약의 성립)

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

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

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

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율 + 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.

제 17 조(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.

<용어풀이>

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

일반금융소비자: 전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

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

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

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

⑥ 제 1 항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다

제 18 조(약관 교부 및 설명의무 등)

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

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

<용어풀이>

약관의 중요한 내용: 보험업법 시행령 제 42 조의 2(설명의무의 중요사항 등) 및 보험업감독규정 제 4-35 조의 2(보험계약 중요사항의 설명의무)에서 정한 다음의 내용을 말합니다.

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급사항 등 보험금 지급제한 조건
- 고지의무 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해지환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

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

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

<용어풀이>

통신판매계약: 전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

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

<용어풀이>

자필서명: 날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명을 포함합니다.

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

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

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

⑥ 회사는 관계 법규에 따라 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지를 확인하고, 그 결과 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.

제 19 조(계약의 무효)

① 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 해당 계약은 유효한 계약으로 보며, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.

② 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우 및 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단

위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제 20 조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 받아 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 회사는 승낙사실을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 적어 드립니다.

1. 보험종목 또는 보장종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 보험가입금액 등 그 밖의 계약내용

② 계약자가 제1회 보험료를 납입한 날부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 경우 회사는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 보험종목을 변경하여 드립니다.

③ 계약자가 제1항제4호에 따라 보험가입금액을 감액하려는 경우 회사는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

④ 계약자는 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리자로서 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

⑤ 계약자가 제4항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

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

제 21 조(보험나이 등)

① 이 약관에서 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.

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

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988 년 10 월 2 일, 현재(계약일) : 2014 년 4 월 13 일

⇒ 2014 년 4 월 13 일 – 1988 년 10 월 2 일 = 25 년 6 월 11 일 = 26 세

제 22 조(계약의 소멸)

피보험자가 사망하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제 7 관 보험료의 납입

제 23 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 계약자로부터 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에서 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체 신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자에게 책임이 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

② 회사가 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

<용어풀이>

보장개시일: 회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제 1 회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받은 경우에는 제 1 회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제 12 조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

2. 제 14 조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생 시까지 피보험자가 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장을 해드립니다.

④ 계약이 갱신되는 경우에는 제 1 항부터 제 3 항까지의 규정에 따른 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제 24 조(제 2 회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제 2 회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 계약자가 보험료를 납입한 경우 회사는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사가 발행한 증명서류를 영수증으로 대신합니다.

<용어풀이>

납입기일: 계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제 25 조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]

① 계약자가 제2회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닐 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 정하여 다음 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

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

2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 받아 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.

③ 회사는 제2항에 따른 확인 결과 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
④ 제1항에 따라 계약이 해지되고 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 26 조[보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)]

① 제25조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따라 계약이 해지되었으나 제32조(보험료의 환급)에 따른 환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 경우에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율'에 1%를 더한 이율의 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만 금리연동형보험은 각 상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.
② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제12조(계약 전 알릴 의무), 제14조(알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 및 제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제12조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 27 조[강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)]

① 타인을 위한 계약의 경우 제32조(보험료의 환급)에 따른 계약자의 환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 받아 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
② 회사는 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)

청약을 한 경우 이를 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.

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

④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일이 지나 보험수익자에게 도달하고 이후 그 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의 변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

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

제 28 조(보험료의 계산)

① 보험기간이 종료되어 갱신되는 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상 또는 인하될 수 있습니다.

② 갱신계약의 보험료는 매년 최대 25% 범위(나이의 증가로 인한 보험료 증감분은 제외) 내에서 인상 또는 인하될 수 있습니다. 다만, 회사가 금융위원회로부터 경영개선권고, 경영개선요구 또는 경영개선명령을 받은 경우는 예외로 합니다.

③ 이 조항에 따른 보험료 계산 방법은 보장내용 변경주기 및 관계법령의 개정에 따라 변경될 수 있습니다.

<갱신년도별 보험료 적용 예시>

‣ 최초 보험료, XX세 남자, 월 14,000원, 매년 보험료 최대인상(25%) 가정시

* 기본형 실손의료보험과 실손의료보험 특별약관에 함께 가입하였을 경우를 가정하여 산출한 보험료입니다.

(단위 : 원)

구분	XX세	XX+1세	XX+2세	XX+3세	XX+4세	XX+5세
나이증가분(A)		560	728	946	1,230	1,599

보험료 산출 기초율 (위험률 등) 증가분 (B=전년도 기준보험료의 최대 25% 가정)		3,640	4,732	6,152	7,997	10,396
기준보험료 (C=전년도 기준보험료+A+B)	**14,000**	**18,200**	**23,660**	**30,758**	**39,985**	**51,980**

(상기 보험료계산 예시는 단순예시로, 실제로 납입해야하는 보험료와 상이할 수 있습니다.)

제 8 관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등

제 29 조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 계약이 해지된 경우 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제29조의2(위법계약의 해지)

① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제 47 조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5 년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1 년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

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

③ 계약자는 회사가 「금융소비자 보호에 관한 법률 시행령」 제38조제4항의 각 호에서 정하는 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니

다.

④ 제 1 항 및 제 3 항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제 32 조(보험료의 환급) 제 1 항 제 1 호에 따른 환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제 30 조(중대사유로 인한 해지)

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

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금(보험료 납입면제를 포함합니다)을 지급받을 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 적었거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 그 사실을 계약자에게 통지하고, 해지시 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 31 조(회사의 파산선고와 해지)

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

② 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지나면 그 효력을 잃습니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우 회사는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 32 조(보험료의 환급)

① 이 계약이 소멸된 때에는 다음과 같이 보험료를 돌려 드립니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임없는 사유에 의하는 경우: 무효의 경우에는 회사에 납입한 보험료의 전액, 해지의 경우에는 경과하지 않은 기간에 대하여 일단위로 계산한 보험료
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유에 의하는 경우: 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1 년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의 또는 중대한 과실로 무효가 된 때에는 보험료를 돌려드리지 않습니다.

② 보험기간이 1년을 초과하는 계약이 무효인 경우에는 무효의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험년도의 보험료는 제1항의 규정을 적용하고 그 이후의 보험년도에 속하는 보험료는 전액을 돌려드립니다.

③ 제1항 제2호에서 '계약자, 피보험자 또한 보험수익자의 책임 있는 사유'라 함은 다음 각호를 말합니다.

1. 계약자, 피보험자 또한 보험수익자가 임의 해지하는 경우
2. 회사가 제 15 조(사기에 의한 계약), 제 29 조(계약자의 임의해지) 또는 제 30 조(중대사유로 인한 해지)에 따라 계약을 취소 또는 해지하는 경우
3. 보험료 미납으로 인한 계약의 효력 상실

④ 계약의 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 계약자는 환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 9 관 다수보험의 처리 등

제 33 조(다수보험의 처리)

① 다수보험의 경우 각 계약의 보장대상의료비 및 보장책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.

② 각 계약의 보장책임액 합계액이 각 계약의 보장대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다.

각 계약별 비례분담액 =

$$(\text{각 계약의 보장대상의료비 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액}) \times \frac{\text{각 계약별 보장책임액}}{\text{각 계약별 보장책임액을 합한 금액}}$$

제 34 조(연대책임)

① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고, 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 보험가입금액 한도 내에서 지급합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금 청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 지급한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 보험금 청구권을 침해하지 않는 범위에서 그 권리를 취득합니다.

제 10 관 분쟁의 조정 등

제 35 조(분쟁의 조정)

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

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

제 36 조(관할법원)

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

제 37 조(소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 3 년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

제 38 조(약관의 해석)

① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며, 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

③ 회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제 39 조(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 회사 간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위하여 만든 자료 등을 말합니다)의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제 40 조(회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 또는 대리점에 책임이 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 관계 법령 등에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소송을

제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

③ 회사가 보험금 지급 여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 불공정한 합의로 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

④ 회사가 제18조(약관 교부 및 설명 의무 등) 제5항에 따른 의무를 이행하지 않아 계약자가 다수의 실손의료보험에 가입한 경우, 회사는 계약자에게 손해를 배상할 책임을 집니다.

⑤ 회사가 제4항에 따라 계약자에게 손해를 배상할 책임이 발생한 경우 계약자는 이 계약의 최초계약일부터 5년 이내에 회사에 손해배상을 청구할 수 있고, 이 계약의 최초계약일부터 손해배상을 청구하기 전까지 납입한 보험료와 이에 대한 이자(보험료를 받은 기간에 대하여 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 합한 금액을 손해배상액으로 합니다.

제 41 조(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 법령에서 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의 없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제 42 조(준거법)

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

제 43 조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

<붙임 1> 용어의 정의

용 어	정 의
계약	보험계약
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약
보험증권	계약의 성립과 계약내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는증서
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자	보험금지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	회사가 계약에서 정한 보상책임을 지는 기간
회사	보험회사
보험연도	당해연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매 1 년 단위의 연도. 예를 들어 보험계약일이 2021 년 7 월 1 일인 경우 보험연도는 2021 년 7 월 1 일부터 2022 년 6 월 30 일까지 1 년이 됩니다.
연단위복리	회사가 지급할 금전에 대한 이자를 줄 때 1 년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1 년의 원금으로 하는 이자 계산방법
환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날은제외
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	「의료법」 제 2 조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	「약사법」 제 2 조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	아래 각호를 말한다. 1.「의료법」 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 (조산원 제외) 2.「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 4 호에 의한 보건소·보건의료원· 보건지소 및 동법 제 42 조제 1 항제 5 호에 의한 보건진료소
약국	「약사법」 제 2 조 제 3 호에 따른 장소로서, 약사가 수여(授與)할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외하며「국민건강보험법」제 42 조제 1 항제 3 호에 의한

	한국 희귀·필수의약품센터를 포함합니다.
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 연속하여 6 시간 이상 체류하면서 의사의 관찰 및 관리 하에 치료를 받는 것
입원의 정의 중 '이와 동등하다고 인정되는 의료기관'	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 「의료법」 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자 관리료, 식대 등
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료(퇴원시 의사로부터 치료목적으로 처방받은 약제비 포함), 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 의료기관에 입원하지 않고 의료기관을 방문하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것. 이 경우「국민건강보험법」 제 42 조 제 1 항 제 3 호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업 예외 지역에서의 약사의 직접조제를 포함
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
처방조제비	의료기관 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비
요양급여	「국민건강보험법」 제 41 조(요양급여)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음의 요양급여 1. 진찰・검사 2. 약제・치료재료의 지급

	3. 처치・수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방・재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	「의료급여법」 제 7 조(의료급여의 내용 등)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병・부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여 1. 진찰・검사 2. 약제・치료재료의 지급 3. 처치・수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방・재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송 8. 그 밖에 의료 목적의 달성을 위한 조치
「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제	「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 「국민건강보험법 시행령」 [별표 3]에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금이 「의료급여법 시행령」 제 13 조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
보장대상의료비	실제 부담액 – 보장제외금액* * 제 3 관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액
보장책임액	(보장대상의료비 – 피보험자부담 공제금액)과 보험가입금액 중 작은 금액
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해・질병・간병보험 등 제 3 보험, 개인연금・퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험・공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2 개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보장책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을 말함

상해급여의료비 상해확장보장 추가특별약관

제 1 조(보장내용)

① 회사는 기본형 실손의료비 특별약관에서 정한 상해(보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고)에도 불구하고 이 계약이 갱신된 계약인 경우에는 피보험자가 보험기간 이전에 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고(이하 「사고」라고 합니다)로 인하여 보험기간 중 병원에 입원을 개시하여 치료를 받은 경우 또는 보험기간 중 병원에 통원하여 치료를 받은 경우에도 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 기본형 실손의료비를 보상하는 다른 단체상해보험계약 중 피보험자가 속한 최초계약에서 피보험자의 보장이 개시되기 이전에 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고는 보상하지 않습니다.

③ 제1항에서 갱신된 계약이라 함은 기본형 실손의료비를 보상하는 다른 단체상해보험계약의 보험기간 종료일 익일이내에 이 계약의 기본형 실손의료비 특별약관의 보장이 개시되는 경우를 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

질병급여의료비 출산확장 추가특별약관

제 1 조(보장내용)

회사는 기본형 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항) (2)질병급여 제2항 제3호에도 불구하고 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(제8차 한국표준질병사인분류상의 O00-O99)로 입원 또는 통원하여 치료를 받은 경우에는 동 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용) (2)질병급여에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다. 이 경우 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 조산원은 병원으로 봅니다. 다만, 모자보건법 제2조(정의)에서 정한 산후조리업 해당하는 산후조리원에서 발생한 비용은 보상하지 않습니다.

제 2 조(보상하지 않는 사항)

회사는 기본형 실손의료비 특별약관 제 4 조(보상하지 않는 사항) (2)질병급여에서 정한 사항(제 2 항 제 3 호는 제외) 및 아래의 사유로 생긴 의료비는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다)
2. 양수검사, 기형아검사
3. 철분제 등의 영양제 및 영양수액 복용

제 3 조(보상한도)

본 추가특별약관의 보상을 포함한 기본형 실손의료비 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용) (2)질병급여의 보상한도는 동 특별약관 제 5 조(보험가입금액의 한도 등)에서 정한 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다.

제 4 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

상해급여의료비 입원만의 보장 추가특별약관(통원 부담보)

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 이 추가특별약관에 따라 기본형 실손의료비 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여의 제 1 항 제 1 호에도 불구하고 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원하여 치료를 받은 경우에만 급여의료비를 보상합니다.

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

질병급여의료비 입원만의 보장 추가특별약관(통원 부담보)

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 이 추가특별약관에 따라 기본형 실손의료비 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용) (2)질병급여의 제 1 항 제 1 호에도 불구하고 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원하여 치료를 받은 경우에만 급여의료비를 보상합니다.

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

비급여 실손의료비 특별약관

제 1 조(보장종목)

① 회사가 판매하는 비급여 실손의료비 특별약관(이하 '특별약관'이라 합니다)은 다음과 같이 상해비급여형, 질병비급여형, 3 대비급여형의 3 개 보장종목으로 구성되어 있습니다.

보장종목	보상하는 내용
상해비급여	피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 비급여[주)] 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우에 보상(3 대비급여 제외)
질병비급여	피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우에 보상(3 대비급여 제외)
3 대비급여	피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 3 대비급여 치료를 받은 경우에 보상

주)「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상 (「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

※ 건강보험심사평가원에서는 국민 알권리 증진 및 의료기관 선택에 도움이 될 수 있도록 비급여 진료비용을 공개하고 있으며, 의료기관 등에서 진료를 받고 지불한 비급여(전액 본인부담금포함) 진료비용이 건강보험(의료급여)에 해당되는지 확인할 수 있도록 비급여 진료비 확인제도를 운영하고 있습니다.

② 회사는 이 특별약관의 명칭에 '비급여 실손의료비'라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제 2 조(용어의 정의)

① 이 특별약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

3대비급여 치료	용 어	정 의

「도수치료·체외충격파치료·증식치료」	도수치료	치료자가 손(정형용 교정장치 장비 등의 도움을 받는 경우를 포함합니다)을 이용해서 환자의 근골격계통(관절, 근육, 연부 조직, 림프절 등)의 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위* * 의사 또는 의사의 지도하에 물리치료사가 도수치료를 하는 경우에 한함
	체외충격파치료	체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유 과정을 자극하거나 재활성화시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 (체외충격파쇄석술은 제외)
	증식치료	근골격계 통증이 있는 부위의 인대나 건(힘줄), 관절, 연골 등에 증식물질을 주사하여 통증이 소실되거나 완화되는 것을 유도하는 치료행위
주사료	주사료	주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대
	항암제	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '조직세포의 기능용 의약품' 중 '종양용약'과 '조직세포의 치료 및 진단 목적제제'* *「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.
	항생제 (항진균제 포함)	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '항병원생물성 의약품' 중 '항생물질제제', '화학요법제' 및 '기생동물에 대한 의약품 중 항원충제'* *「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.
	희귀의약품	식품의약품안전처장이「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품* *「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.
자기공명영상진단		자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사 (MRI/MRA) * 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함 (보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여

	목록 및 급여 상대가치점수」상의 MRI 범주에 따름)
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액
보장대상의료비	실제 부담액 - 보장제외금액* * 제3관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액 및 비급여 병실료 중 회사가 보장하지 않는 금액
상급병실료 차액	상급병상을 이용함에 따라 요양급여 대상인 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

② 제1항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 기본형 실손의료보험 보통약관 제2조(용어의 정의)를 준용합니다.

제 3 조(보장종목별 보상내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 보장종목별로 다음과 같습니다

보장종목	보상하는 사항
(1) 상해비급여	① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(3대비급여는 제외합니다)를 제5조(보험가입금액의 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다. 구분 | 보상금액

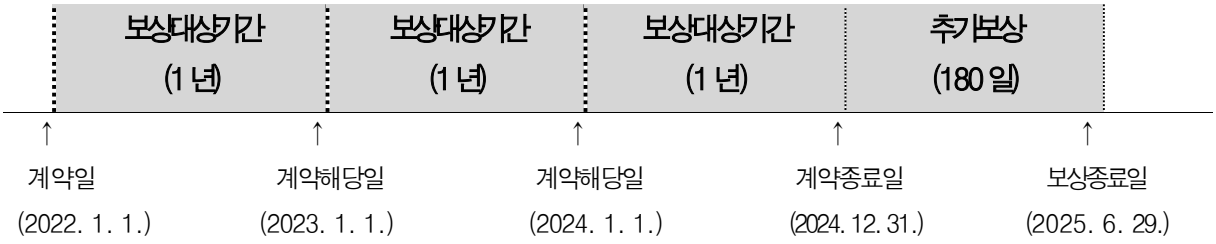
<table>
<tr><td>입원
(입원실료,
입원제비용,
입원수술비)</td><td>‘비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액</td></tr>
<tr><td>상급병실료
차액</td><td>비급여 병실료의 50%. 다만, 1 일 평균금액 10 만원을 한도로 하며, 1 일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</td></tr>
<tr><td>통원
(외래제비용,
외래수술비,
처방조제비)</td><td>통원 1 회당(외래 및 처방·조제비 합산) ‘비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 ＜표 1>의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1 년간 통원 100 회를 한도로 합니다.)
＜표 1> 통원항목별 공제금액<table><tr><th>항 목</th><th>공제금액</th></tr><tr><td>「국민건강보험법」
제 42 조제 1 항제 1 호에 의한 의료기관, 동법
제 42 조제 1 항제 4 호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법
제 42 조제 1 항제 5 호에 의한 보건진료소에서의 외래 및
「국민건강보험법」
제 42 조제 1 항제 2 호에 의한 약국, 동법 제 42 조제 1 항제 3 호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제)</td><td>3 만원과
보장대상 의료비 30%중 큰 금액</td></tr></table></td></tr>
</table>

② 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.

③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일까지 보상합니다.

④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일 이내의 통원을 보상하며 최대 90 회 한도 내에서 보상합니다.

<입원 및 통원 보상기간 예시>



⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 3 항과 제 4 항을 적용하지 않습니다.

⑥ 하나의 상해(같은 상해로 2 회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인해 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1 회로 보아 제 1 항, 제 4 항 및 제 5 항을 적용합니다.

⑦ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 2 회 이상 통원치료(외래 및 처방·조제 합산)를 받은 경우 1 회의 통원으로 보아 제 1 항, 제 4 항 및 제 5 항을 적용합니다.

⑧ 피보험자가 「국민건강보험법」 제 5 조, 제 53 조, 제 54 조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제 4 조, 제 15 조, 제 17 조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.

1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제 1 항 <표 1>의 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제 1 호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조(보험가입금액 한도

	등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. ⑨ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제 4 조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제 42 조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제 1 항부터 제 8 항에 따라 보상합니다.

(2) 질병비급여

① 회사는 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(3대비급여는 제외합니다)를 제5조(보험가입금액의 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.

구분	보상금액
입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	'비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액
상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1 일 평균금액 10 만원을 한도로 하며, 1 일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.
통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1 회당(외래 및 처방·조제비 합산) '비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표 1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1 년간 통원 100 회를 한도로 합니다.)

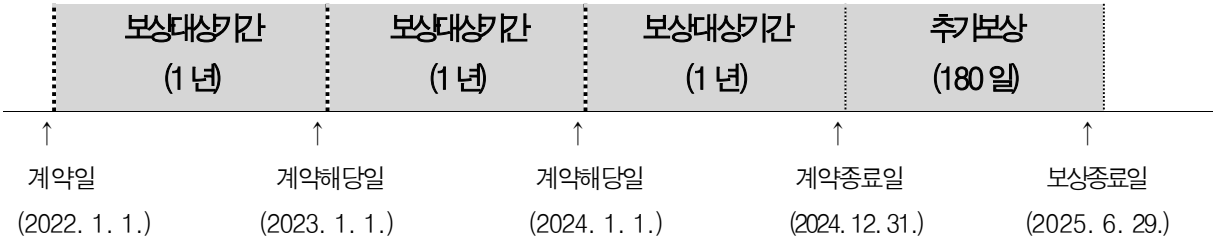
<표 1> 통원항목별 공제금액

항 목	공제금액
「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 1 호에 의한 의료기관, 동법 제 42 조제 1 항제 4 호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제 42 조제 1 항제 5 호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 2 호에 의한 약국, 동법	3 만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액

② 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일까지 보상합니다.

③ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일 이내의 통원을 보상하며 최대 90 회 한도 내에서 보상합니다.

<입원 및 통원 보상기간 예시>



④ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 2 항과 제 3 항을 적용하지 않습니다.

⑤ 하나의 질병으로 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1 회로 보아 제 1 항, 제 3 항 및 제 4 항을 적용합니다.

⑥ “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2 회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 통원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다.

⑦ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 2 회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1 회의 통원으로 보아 제 1 항, 제 3 항 및 제 4 항을 적용합니다.

⑧ 피보험자가 「국민건강보험법」 제 5 조, 제 53 조, 제 54 조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제 4 조, 제 15 조, 제 17 조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.

1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제 1 항 <표 1>의 ‘공제금액’을 뺀 금액)의 40%를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

	2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제 1 호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. ⑨ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제 4 조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제 42 조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제 1 항부터 제 8 항에 따라 보상합니다.
(3) 3 대비급여	① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 아래의 비급여 의료행위로 치료를 받은 경우에는 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위료, 약제비, 치료재료대, 조영제, 판독료 포함)에서 공제금액을 뺀 금액을 아래의 보장한도 범위 내에서 각각 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.

<표 1> 공제금액 및 보장한도

구 분		공제금액	보장한도
도수치료·체외충격파치료· 증식치료	"도수치료·체외충격파치료·증식치료"로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위료, 약제비, 치료재료대 포함)	1 회당 3 만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1 년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 350 만원 이내에서 50 회까지 보상[주]
주사료	주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비	1 회당 3 만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1 년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 250 만원 이내에서 50 회까지 보상
자기공명영상진단	자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)	1 회당 3 만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1 년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여

			300 만원 이내에서 보상

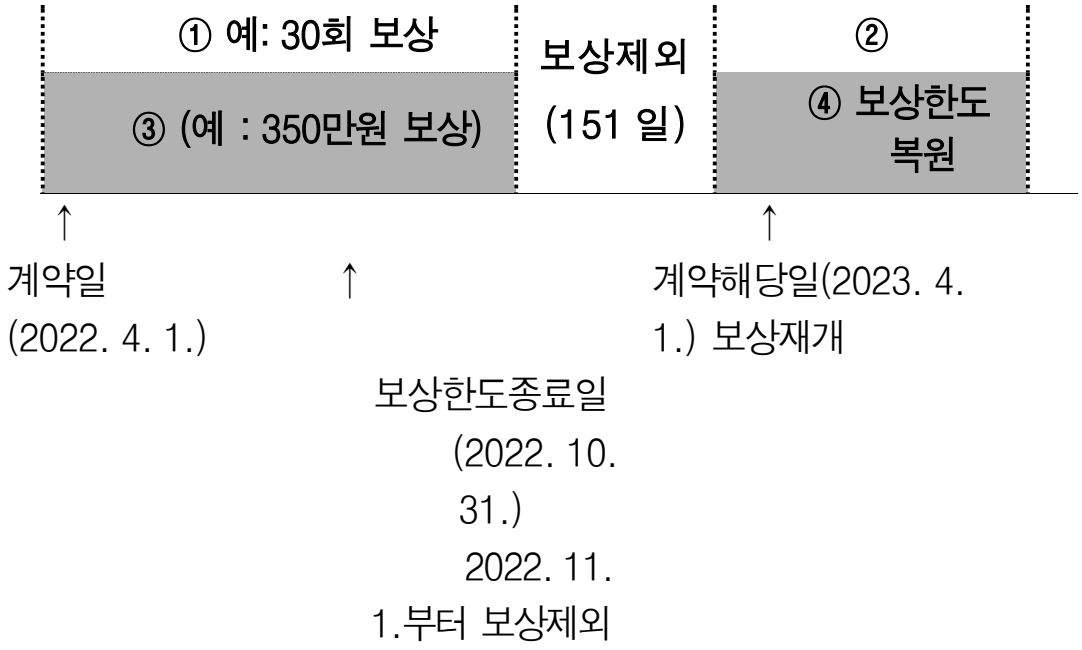
주) 도수치료·체외충격파치료·증식치료의 각 치료횟수를 합산하여 최초 10 회 보장하고, 이후 객관적이고 일반적으로 인정되는 검사결과 등을 토대로 증상의 개선, 병변호전 등이 확인된 경우에 한하여 10 회 단위로 연간 50 회까지 보상합니다.

< 증상의 개선, 병변호전 등은 어떻게 확인하나요? >

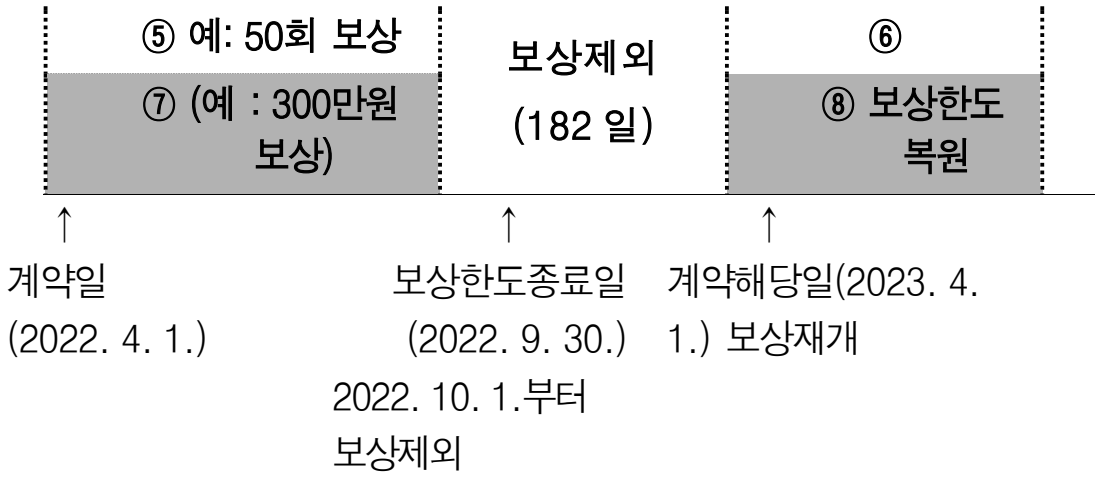
1. 증상의 개선, 병변호전 등과 관련하여 기능적 회복 및 호전여부는 관절가동(ROM), 통증평가척도, 자세평가 및 근력 검사(MMT)를 포함한 이학적 검사, 초음파 검사 등을 통해 해당 부위의 체절기능부전(Somatic dysfunction) 등을 평가한 결과로 판단합니다.
2. 보험수익자와 회사가 위 제 1 호의 판단결과를 합의하지 못한 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있으며 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)의 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<도수치료 보상기간 예시>

(i) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1 년내 350 만원을 모두 보상한 경우



(ii) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1 년내 지급된 보험금이 350 만원 미만이나 50 회를 모두 보상한 경우



② 제 1 항의 주사료에서 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품을 위해 사용된

비급여 주사료는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여에서 보상합니다.

③ 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.

④ 의료기관을 1 회 통원(또는 1 회 입원)하여 2 종류(회) 이상 치료를 받거나 동일한 치료를 2 회 이상 받은 경우는 다음과 같이 1 회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.

1. 이 특별약관에서 정한 도수치료, 체외충격파치료, 증식치료 중 2 종류 이상의 치료를 받거나 동일한 치료를 2 회 이상 받는 경우 각 치료행위를 1 회로 보고 각각 제 1 항에서 정한 1 회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.
2. 의료기관을 1 회 통원(또는 1 회 입원)하여 치료목적으로 2 회 이상 주사치료를 받더라도 1 회로 보고 제 1 항에서 정한 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.
3. 의료기관을 1 회 통원(또는 1 회 입원)하여 2 개 이상 부위에 걸쳐 이 특별약관에서 정한 자기공명영상진단을 받거나 동일한 부위에 대해 2 회 이상 이 특별약관에서 정한 자기공명영상진단을 받는 경우 각 진단행위를 1 회로 보아 각각 1 회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.

⑤ 제 4 항에서 1 회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원(동일한 상해 또는 질병 치료목적으로 퇴원 당일 다른 의료기관으로 옮겨 입원하는 경우 포함)을 말합니다. 동일한 상해 또는 질병으로 인한 입원이라고 하더라도 퇴원 후 재입원하는 경우에는 퇴원 전후 입원기간을 각각 1 회 입원으로 봅니다.

⑥ 제 1 항에서 보상하는 비급여의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 제 1 항에서 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다.

⑦ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험계약 종료일 다음날부터 180 일까지 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도(금액)에서 직전 보험계약 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상한도(횟수)에서 직전 보험계약 종료일까지 보상한 횟수를 차감한 잔여 횟수를 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 1 항을 적용합니다.

<보상기간 예시>

보상대상기간 (1 년)	보상대상기간 (1 년)	보상대상기간 (1 년)	추가보상 (180 일)

	↑ ↑ ↑ ↑ ↑ 계약일 계약해당일 계약해당일 계약종료일 보상종료일 (2022. 1. 1.) (2023. 1. 1.) (2024. 1. 1.) (2024. 12. 31.) (2025. 6. 29.) ⑧ 피보험자가 「국민건강보험법」 제 5 조, 제 53 조, 제 54 조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제 4 조, 제 15 조, 제 17 조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다. 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제 1 항 <표 1>의 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제 1 호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. ⑨ 회사는 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제 4 조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제 42 조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제 1 항부터 제 8 항에 따라 보상합니다.

제 4 조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해 비급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 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. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 7. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한통원의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(다만 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해를 치료함에 있어 아래 각목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다. 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로

	비급여 약제로 사용된 경우 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목 부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 제1항부터 제7항에 따라 보상합니다. 7. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 8. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

(2) 질병 비급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 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. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 5. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원또는 통원한 경우(O00~O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문 질환(K60~K62, K64) ③ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 질병을 치료함에 있어 아래 각목에 해당하는 경우는 치료목적으로 보아 보상합니다. 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우

	라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목 부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (2)질병비급여 제1항부터 제7항에 따라 보상합니다. 7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다) 8.「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 9. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료
(3) 3대 비급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의

	일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보장종목 별 보상내용)에 따라 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99). 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다. 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문 질환(K60~K62, K64) ④ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상하며, K00~K08과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에

	의해서 발생한 의료비는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해 또는 질병을 치료함에 있어 아래 각목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다. 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/ 용량 등)대로 사용된 경우 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목 부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비 (자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (3)3대비급여 제1항부터 제7항에 따라 보상합니다. 7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 8.「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 9.「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

(4) 공통[주)]	회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 아래 각호의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 다음 각 목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence)·불감증, 라. 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 바. 검열반 등 안과질환, 사. 그 밖에 일상생활에 지장이 없는 경우로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 2. 다음 각 목의 진료로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자 의 환측 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료 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. 치과교정 라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(안면)교정술 마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술 바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다) 사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장(성장촉진)을 목적으로 하는 진료 아. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 자. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 3. 다음 각 목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용으로 인하여 발생한 비급여 의료비

	가. 본인의 희망에 의한 건강검진(다만, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진 센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다) 나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외) 다. 그 밖에 예방진료로서 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 4. 다음 각 목의 진료로서 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여 원리에 부합하지 아니하는 경우 발생한 비급여 의료비 가. 친자확인을 위한 진단 나. 불임검사, 불임수술, 불임복원술 다. 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다) 라. 인공유산에 든 비용(다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병으로 임신상태를 유지하기 어려워 의사의 권고에 따라 불가피하게 시행한 경우는 제외) 마. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료

주) (4)공통은 (1)상해비급여, (2)질병비급여, (3)3대비급여에 대하여 공통적으로 적용됩니다.

제5조(보험가입금액 한도 등)

① 이 계약의 연간 보험가입금액은 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서, (2)질병비급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 제3조(보장종목별 보상내용)에 의한 비급여의료비를 이 금액 한도 내에서 보상합니다. 다만, (3)3대비급여의 보험가입금액은 제3조 (3)3대비급여 제1항에서 정한 연간 보상한도로 합니다.

② 이 계약에서 '연간'이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 입원 또는 통원 치료시 해당일이 속한 연도의 보험가입금액 한도를 적용합니다.

③ 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 통원의 경우 (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여 각각에 대하여 통원 1회당 20만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액으로 하며, (3)3대 비급여의 경우 각 비급여의료비별 보상한도로 합니다.

④ 제3조 (1)상해비급여 제3항 또는 제4항, (2)질병비급여 제2항 또는 제3항 및 (3)3대비급

여 제7항에 따른 계속중인 입원 또는 통원의 보상한도는 연간 보상한도(보험가입금액)에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상한도(횟수)에서 직전 보험기간 종료일까지 보상한 횟수를 차감한 잔여 횟수를 한도로 적용합니다.

제 6 조(보험료의 계산)

① 보험기간이 종료되어 갱신되는 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상 또는 인하될 수 있습니다.

② 갱신계약의 보험료는 매년 최대 25% 범위(나이의 증가로 인한 보험료 증감분은 제외) 내에서 인상 또는 인하될 수 있습니다. 다만, 회사가 금융위원회로부터 경영개선권고, 경영개선요구 또는 경영개선명령을 받은 경우는 예외로 합니다.

③ 이 조항에 따른 보험료 계산 방법은 보장내용 변경주기 및 관계법령의 개정에 따라 변경될 수 있습니다.

<갱신년도별 보험료 적용 예시>

‣ 최초 보험료, XX세 남자, 월 14,000원, 매년 보험료 최대인상(25%) 가정시

* 기본형 실손의료보험과 실손의료보험 특별약관에 함께 가입하였을 경우를 가정하여 산출한 보험료입니다.

(단위 : 원)

구분	XX세	XX+1세	XX+2세	XX+3세	XX+4세	XX+5세
나이증가분(A)		560	728	946	1,230	1,599
보험료 산출 기초율 (위험률 등) 증가분 (B=전년도 기준보험료의 최대 25% 가정)		3,640	4,732	6,152	7,997	10,396
기준보험료 (C=전년도 기준보험료+A+B)	**14,000**	**18,200**	**23,660**	**30,758**	**39,985**	**51,980**

(상기 보험료계산 예시는 단순예시로, 실제로 납입해야하는 보험료와 상이할 수 있습니다.)

제7조(비급여 진료비용 공개제도 등의 안내)

회사는 계약자가 특별약관을 청약하였을 때 계약자의 알권리를 증진하고 합리적인 의료이용 선택에 도움이 될 수 있도록 「의료법」 등 관계 법령에 따른 '비급여 진료비용 공개제도'와 '비급여 진료 사전설명제도'에 대해 설명하고 안내합니다.

※ **비급여 진료비용 공개제도**: 국민이 쉽게 이해하고 의료기관을 선택할 때 참고할 수 있도록 건강보험심사평가원이 매년 비급여 진료비용을 조사하여 최저. 최고금액 등 비급여 진료비용에 대한 정보를 비교. 공개하는 제도

※ **비급여 진료 사전설명제도**: 진료에 필요한 비급여 항목 및 가격을 환자가 사전에 인지하고 선택할 수 있도록 의료기관이 비급여 진료 전에 비급여 제공항목과 가격을 미리 설명하도록 의무화하는 제도

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

비급여 실손의료비 상해확장보장 추가특별약관

제 1 조(보장내용)

① 회사는 비급여 실손의료비 특별약관에서 정한 상해(보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고)에도 불구하고 이 계약이 갱신된 계약인 경우에는 피보험자가 보험기간 이전에 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고(이하 「사고」라고 합니다)로 인하여 보험기간 중 병원에 입원을 개시하여 치료를 받은 경우 또는 보험기간 중 병원에 통원하여 치료를 받은 경우에도 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 비급여 실손의료비를 보상하는 다른 단체상해보험계약 중 피보험자가 속한 최초계약에서 피보험자의 보장이 개시되기 이전에 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고는 보상하지 않습니다.

③ 제1항에서 갱신된 계약이라 함은 비급여 실손의료비를 보상하는 다른 단체상해보험계약의 보험기간 종료일 익일이내에 이 계약의 비급여 실손의료비 특별약관의 보장이 개시되는 경우를 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 비급여 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

질병비급여의료비 출산확장 추가특별약관

제 1 조(보장내용)

회사는 비급여 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항) (2)질병비급여 제2항 제3호에도 불구하고 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(제8차 한국표준질병사인분류상의 O00-O99)로 입원 또는 통원하여 치료를 받은 경우에는 동 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용) (2)질병비급여에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다. 이 경우 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 조산원은 병원으로 봅니다. 다만, 모자보건법 제2조(정의)에서 정한 산후조리업 해당하는 산후조리원에서 발생한 비용은 보상하지 않습니다.

제 2 조(보상하지 않는 사항)

회사는 비급여 실손의료비 특별약관 제 4 조(보상하지 않는 사항) (2)질병비급여에서 정한 사항(제 2 항 제 3 호는 제외) 및 아래의 사유로 생긴 의료비는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다)
2. 양수검사, 기형아검사
3. 철분제 등의 영양제 및 영양수액 복용

제 3 조(보상한도)

본 추가특별약관의 보상을 포함한 비급여 실손의료비 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용) (2)질병비급여의 보상한도는 동 특별약관 제 5 조(보험가입금액의 한도 등)에서 정한 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다.

제 4 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 비급여 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

비급여 실손의료비 한방(입원) 추가특별약관

제 1 조(보장내용)

회사는 비급여 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항) (1)상해비급여 제3항 제1호 또는 (2)질병비급여 제3항 제1호 또는 (3)3대비급여 제4항 제1호에도 불구하고 피보험자가 한방병원 또는 한방의원에 입원하여 한방치료에서 발생한 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하지 않는 비급여 의료비를 동 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여 또는 (3)3대비급여에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

제 2 조(보상하지 않는 사항)

회사는 비급여 실손의료비 특별약관 제 4 조(보상하지 않는 사항) (1)상해비급여 제 3 항 제 1 호 또는 (2)질병비급여 제 3 항 제 1 호 또는 (3)3 대비급여 제 4 항 제 1 호에서 정한 사항(해당 각호의 한방 입원치료에서 발생한 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하지 않는 비급여 의료비는 제외) 및 아래의 사유로 생긴 의료비는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 수기요법, 전자요법, 온열요법, 향기요법, 목욕요법 등 일체의 한방물리요법
2. 차멀미, 금연, 폐경기, 노화 등 질병 치료 이외의 목적으로 시술한 침술
3. 상해 및 질병의 치료 목적이 아닌 단순한 건강검진을 위한 투약 및 첩약

제 3 조(보상한도)

본 추가특별약관의 보상을 포함한 비급여 실손의료비 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여 또는 (3)3 대비급여의 보상한도는 동 특별약관 제 5 조(보험가입금액의 한도 등)에서 정한 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다.

제 4 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 비급여 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

비급여 실손의료비 치과(입원) 추가특별약관

제 1 조(보장내용)

회사는 비급여 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항) (1)상해비급여 제3항 제1호 또는 (2)질병비급여 제3항 제1호 또는 (3)3대비급여 제4항 제1호에도 불구하고 피보험자가 치과병원 또는 치과의원에 입원하여 치과치료에서 발생한 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하지 않는 비급여 의료비를 동 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여 또는 (3)3대비급여에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

제 2 조(보상하지 않는 사항)

회사는 비급여 실손의료비 특별약관 제 4 조(보상하지 않는 사항) (1)상해비급여 제 3 항 제 1 호 또는 (2)질병비급여 제 3 항 제 1 호 또는 (3)3 대비급여 제 4 항 제 1 호에서 정한 사항(해당 각호의 치과 입원치료에서 발생한 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하지 않는 비급여 의료비는 제외) 및 아래의 사유로 생긴 의료비는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 치아보철, 보존, 금관, 틀니, 교정, 의치 및 임플란트로 인한 의료비
2. 치아미백 등 심미적 시술로 인한 비용

제 3 조(보상한도)

본 추가특별약관의 보상을 포함한 비급여 실손의료비 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여 또는 (3)3 대비급여의 보상한도는 동 특별약관 제 5 조(보험가입금액의 한도 등)에서 정한 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다.

제 4 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 비급여 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

상해비급여의료비 입원만의 보장 추가특별약관(통원 부담보)

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 이 추가특별약관에 따라 비급여 실손의료비 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여의 제 1 항 제 1 호에도 불구하고 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원하여 치료를 받은 경우에만 비급여의료비(3 대비급여를 제외합니다)를 보상합니다.

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 비급여 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

질병비급여의료비 입원만의 보장 추가특별약관(통원 부담보)

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 이 추가특별약관에 따라 비급여 실손의료비 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용) (2)질병비급여의 제 1 항 제 1 호에도 불구하고 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원하여 치료를 받은 경우에만 비급여의료비(3 대비급여를 제외합니다)를 보상합니다.

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 비급여 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

[제도성]

보험료정산 특별약관(Ⅰ)

제 1 조(보험료의 정산)

① 회사는 단체보험 추가약관 제4조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 제2항에도 불구하고 이 특별약관에 따라 보험료를 정산합니다.

② 회사는 단체보험 추가약관 제4조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 제3항과 관계없이 보험료가 정산되기 이전 일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상하여 드립니다.

제 2 조(피보험자의 명부)

계약자는 항상 피보험자 명부를 비치하여 회사가 열람을 요구할 경우에는 이에 따라야 합니다.

제 3 조(보험료의 정산방법)

보험료는 피보험자수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.

1. 계약자는 매월 10일까지 전월말까지의 피보험자수에 관한 서류를 회사에 제출하여야 합니다. 그러나 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출하여야 합니다.
2. 회사는 보험기간중이나 보험기간 만료후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.
3. 회사는 보험기간 만료와 동시에 제1호에 의한 피보험자수에 따라 산출된 확정보험료와 기납입한 보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다.
4. 제 1 호에도 불구하고, 계약자와 협의를 통해 피보험자수에 관한 서류 제출 주기를 변경할 수 있습니다.

제 4 조(보험기간의 설정)

회사는 단체보험 추가약관 제 4 조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 제 2 항에도 불구하고 새로이 증가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 계약자가 요청하는 기간으로 할 수 있습니다. 다만, 이 계약기간 중 피보험자 감소의 경우 피보험자가 소속단체를 탈퇴(퇴사)하는 즉시 당해 피보험자의 계약은 해지된 것으로 합니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

부부확장 특별약관

제 1 조(피보험자의 범위)

회사는 이 특별약관에 따라 보통약관 및 해당특별약관에서의 피보험자를 보험증권에 기재된 피보험자 본인과 피보험자 본인의 배우자로 확장하여 보상하여 드립니다.

제 2 조(보험가입금액)

피보험자 본인 및 그 배우자에 대하여 각각 보험증권에 기재된 보험가입금액을 기준으로 보상하여 드립니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

가족확장 특별약관(Ⅰ)

제 1 조(피보험자의 범위)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자 본인 (이하 「본인」이라 합니다)과 그 가족을 보통약관(해당 특별약관을 포함합니다)의 피보험자로 합니다.

② 제 1 항의 가족이라 함은 다음의 사람으로서 보험증권에 기재된 자를 말합니다.

1. 본인의 배우자(이하「배우자」라 합니다)
2. 본인의 부모 및 배우자의 부모
3. 본인의 자녀
4. 본인의 형제, 자매 및 배우자의 형제, 자매
5. 민법 제 777 조(친족의 범위)에서 정한 본인의 친족 및 배우자의 친족

제 2 조(보험가입금액)

회사는 본인, 배우자 및 가족에 대하여 각각 보험증권에 기재된 보험가입금액을 기준으로 보상하여 드립니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

단체 포괄계약 특별약관

제1조(적용범위)

① 이 단체 포괄계약 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)은 단체보험 추가약관 제1조(계약의 적용 범위) 제1항에 정한 단체로서 동일한 성격을 갖는 둘 이상의 단체가 모여 공동으로 계약을 체결하는 경우에 적용합니다.

② 제1항의 경우 총피보험자수는 5인 이상이어야 합니다.

제 2 조(계약자)

이 특별약관에서의 계약자는 제 1 조(적용범위)의 단체들이 지정한 자로서 계약상의 모든 권리, 의무를 직접 또는 간접으로 행사할 수 있어야 합니다.

제 3 조(피보험자수의 산정)

이 특별약관 하에서의 피보험자수는 이 계약에 부보된 총피보험자수로 하며 이를 기준으로 단체계약의 유형에 따른 할인율을 적용합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

단체보험료 분납 특별약관

제 1 조(보험료의 납입)

① 이 특별약관에 의하여 보험료를 제 2 항에 정한 바에 따라 나누어 납입할 수 있습니다.

② 계약자는 제 1 항에 의한 이 보험의 분납보험료를, 다른 약정이 없으면 보험증권에 기재된 해당보험기간 및 보험료 납입과 관련한 분할회수, 납입시기, 납입방법에 따라 납입하여야 합니다.

③ 매월 새로이 증가된 피보험자의 나눠내는 보험료 및 납입기일은 다음과 같이 정합니다.

1. 개별피보험자의 보험기간이 각각 1 년 (또는 2 년,3 년)인 계약의 경우

: 매월 새로이 증가된 피보험자의 보험기간에 해당하는 1 년(또는 2 년,3 년)간의 보험료를 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 산출하며, 다른 약정이 없으면 초회보험료를 피보험자 추가 가입시 납입합니다.

2. 개별피보험자의 보험기간의 종기가 최초의 보험계약과 일치하는 경우

: 매월 새로이 증가된 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 하여, 잔여보험기간에 해당하는 보험료를 일단위로 산출합니다. 다른 약정이 없으면 피보험자 추가 가입시 보험료를 일시납으로 납입합니다.

④ 보험기간동안 이 보험의 보험요율이 변경된 경우라도 이 특별약관에 따라 납입하는 분납보험료는 변경적용하지 않습니다. 다만, 보통약관 제 14 조(상해보험계약 후 알릴 의무)에 따라 보험료가 변경된 경우에는 예외로 합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

( )보험금만의 지급 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

회사는 ( )약관에 관계없이 ( )보험금만을 지급합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 ( )약관 및 보통약관을 따릅니다.

단체실손의료보험 중지제도 특별약관

제 1 조(목적)

이 특별약관은 단체실손의료보험(이하 '단체실손'이라 합니다)의 계약자(이하 '계약자'라 합니다), 해당 단체실손에 가입되어 있는 피보험자(이하 '피보험자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 단체실손을 중지하는 것을 목적으로 합니다.

> * **단체실손의료보험**: 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 실손의료보험으로서 보험업감독규정 제7-49조 제2호 각 목의 요건에 해당하는 단체보험을 말함

제2조(계약중지에 관한 사항)

① 계약중지 신청일 기준으로 다음의 각 호의 요건 중 하나가 충족되는 경우에는 해당 단체실손의 피보험자가 해당 단체실손의 보장종목 전체에 대해 보장의 중지(이하 '계약중지'라 합니다)를 신청할 수 있습니다.

1. 피보험자가 개인실손의료보험(이하 '개인실손'이라 합니다)의 피보험자인 경우
2. 피보험자가 해당 단체실손 이외의 단체실손의 피보험자인 경우

> * 개인실손의료보험 : 노후·유병력자·여행 실손의료보험 및 단체실손의료보험을 제외한 실손의료보험을 말함
> * 계약중지 신청일 : 피보험자가 계약중지 신청을 회사에 접수한 날을 말함

② 제1항의 「해당 단체실손의 보장종목 전체」라 함은 피보험자가 가입한 급여 실손의료비 특별약관 및 비급여 실손의료비 특별약관의 보장종목 전체를 말하며 보장종목 중 일부를 선택하여 계약중지 신청할 수는 없습니다.

③ 계약중지가 이루어진 경우 회사는 피보험자에게 「계약중지 확인서」를 드립니다. 단, 계약자와 회사가 별도로 약정한 경우 계약자가 피보험자를 대신하여 회사에 계약중지를 신청할 수 있으며, 이 경우 회사는 '계약중지 확인서'를 계약자에게 드릴 수 있고 이는 피보험자에게 드린 것으로 봅니다.

④ 계약중지는 피보험자의 계약중지 신청일부터 시작되고, 계약중지가 이루어진 경우 그 시점부터 회사는 계약중지 피보험자의 단체실손에 대해 보장하지 않습니다.

제3조(중지지급금의 산출과 지급)

① 이 특별약관에서 「중지지급금」이라 함은 단체실손을 중지한 경우 피보험자에게 지급하는

금액으로 중지한 단체실손의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산된 중지시점의 미경과보험료 합산액을 말합니다.

② 계약중지가 이루어진 경우 회사는 계약중지가 이루어진 날로부터 3영업일 이내에 「중지지급금」을 지급합니다. 다만, 보험료를 분할하여 납입하기로 계약을 체결한 경우에는 계약중지가 이루어졌더라도 중지된 계약에 대하여 계약자는 2회이후의 보험료를 계속 납입하여야 하며, 회사는 마지막 분납회차 보험료 납입시점으로부터 3영업일 이내에 「중지지급금」을 지급합니다. 이 경우 중지시점의 잔여 미납보험료를 더하여 지급합니다.

③ 해당 지급기일내에 「중지지급금」을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율에서 정한 이율로 계산한 금액을 「중지지급금」에 더하여 지급합니다.

④ 중지지급금이 지급된 경우 회사는 다음의 각 호에 따른 사유가 발생하더라도 피보험자에게 지급한 중지지급금의 환수 및 계약자에게 보험료 환급을 진행하지 않습니다.

1. 중지지급금을 받은 이후 중도퇴사한 경우
2. 회원탈퇴 등 1호에 준하는 사유

⑤제1항 내지 제4항에도 불구하고, 계약자와 회사가 별도로 약정한 경우 회사는 피보험자를 대신하여 중지지급금을 계약자에게 드릴 수 있고 이는 피보험자에게 드린 것으로 봅니다.

제4조(계약중지 신청의 취소)

①피보험자는 「계약중지 확인서」를 받은 날로부터 15일 이내에 계약중지 신청을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약중지 전 단체실손으로 환원해 주어야 합니다. 그럼에도 불구하고 계약중지를 신청한 날부터 30일이 지나면 계약중지 신청을 취소할 수 없습니다.

②신청취소에 관한 기타 사항은 계약중지 전 급여 실손의료비 특별약관 및 비급여 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

③계약중지 신청과 계약중지 신청 취소는 계약중지 전 단체실손 보험기간 중 1회에 한합니다.

제5조(계약중지 신청의 취소의 제한)

제4조(계약중지 신청의 취소) 제1항에도 불구하고, 피보험자는 회사로부터 「중지지급금」을 받은 경우 회사에 「중지지급금」을 환입하기 전까지 계약중지 신청의 취소가 제한됩니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 급여 실손의료비 특별약관, 비급여 실손의료비 특별약관 및 보통약관을 따릅니다.

[별표]

【별표 1】

장해 분류표

□ 총칙

1. 장해의 정의

1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

2. 신체부위

'신체부위'라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
5) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

□ 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.

※ 주 1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

주 2) 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 20 도 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.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1 년간 12 회이상)	6
	장기 통원치료(1 년간 6 회이상)	4
	단기 통원치료(6 개월간 6 회이상)	2
	단기 통원치료(6 개월간 6 회미만)	0
기능 장해 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

2) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장해판정기준

1) '코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
2) '코의 후각기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) '씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.

3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우

나) 위·아래턱(상. 하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm 이하로 제한되는 경우

다) 위·아래턱(상. 하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm 이상인 경우

라) 1 개 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 2cm 이하로 제한되는 경우

다) 위·아래턱(상. 하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm 이상인 경우

라) 양측 각 1 개 또는 편측 2 개 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 말한

다.

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 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.
5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴

가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)

다) 지름 5cm 이상의 조직함몰

라) 코의 1/2 이상 결손

2) 머리

가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손

나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴

가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)

나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)

다) 지름 2cm 이상의 조직함몰

라) 코의 1/4 이상 결손

2) 머리

가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손

나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

'손바닥 크기'라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12 세 이상의 성인에서는 8×10 ㎝(1/2 크기는 40 ㎠, 1/4 크기는 20 ㎠), 6 ~ 11 세의 경우는 6×8 ㎝(1/2

크기는 24 ㎠, 1/4 크기는 12 ㎠), 6 세 미만의 경우는 4×6 ㎝(1/2 크기는 12 ㎠, 1/4 크기는 6 ㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해	10

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.

2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통을 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.

   가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상. 하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.

   나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상. 하부[인접 상. 하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상. 하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.

   다) 척추(등뼈)의 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의

척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.

3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.

4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장해는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.

5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.

6) 심한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태

7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태

다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

8) 약간의 운동장해

머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때

10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때

11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 1 개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때

12) ‘추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해’란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

13) ‘추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해’란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

14) ‘추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해’란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제 2 천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.

2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

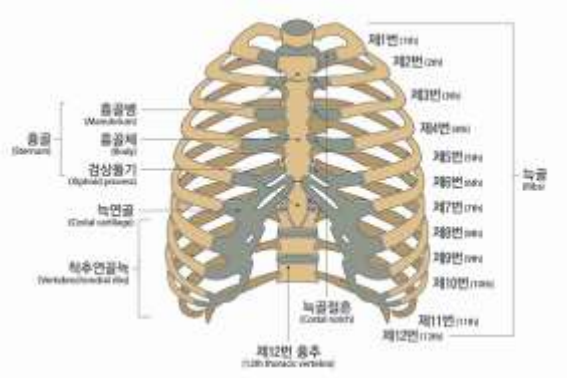
가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태

나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우

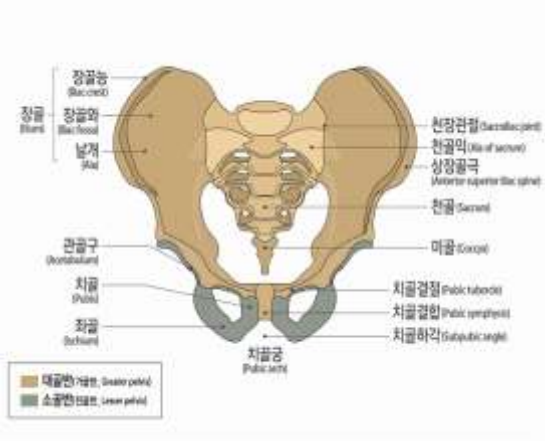
다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

3) '빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때'라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.


제1번
제2번
제3번
제4번
제5번
제6번
제7번
제8번
제9번
제10번
제11번
제12번
흉골
흉골병
흉골체
검상돌기
늑연골
척추연골늑
늑골
늑골절흔
제12번 흉추

< 가슴뼈 >


장골능
장골
장골와
날개
천장관절
천골익
상장골극
천골
관골구
미골
치골
치골결절
치골결합
치골하각
치골궁

< 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 3 대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3 대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3 대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3 대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 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 '0 등급(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 '1 등급(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 2 등급(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 3 등급(fair)인 경우

11) '가관절주)이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

12) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

13) ‘뼈에 기형을 남긴 때’라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) '다리'라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
4) '다리의 3대 관절'이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동

요성 등으로 평가한다.

가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 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 '0 등급(zero)'인 경우

8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우

나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1 등급(trace)'인 경우

9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2 등급(poor)인 경우

10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서
도수근력검사(MMT)에서 근력이 3 등급(fair)인 경우

11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.

12) '가관절주)이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

13) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 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 5개 손가락 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

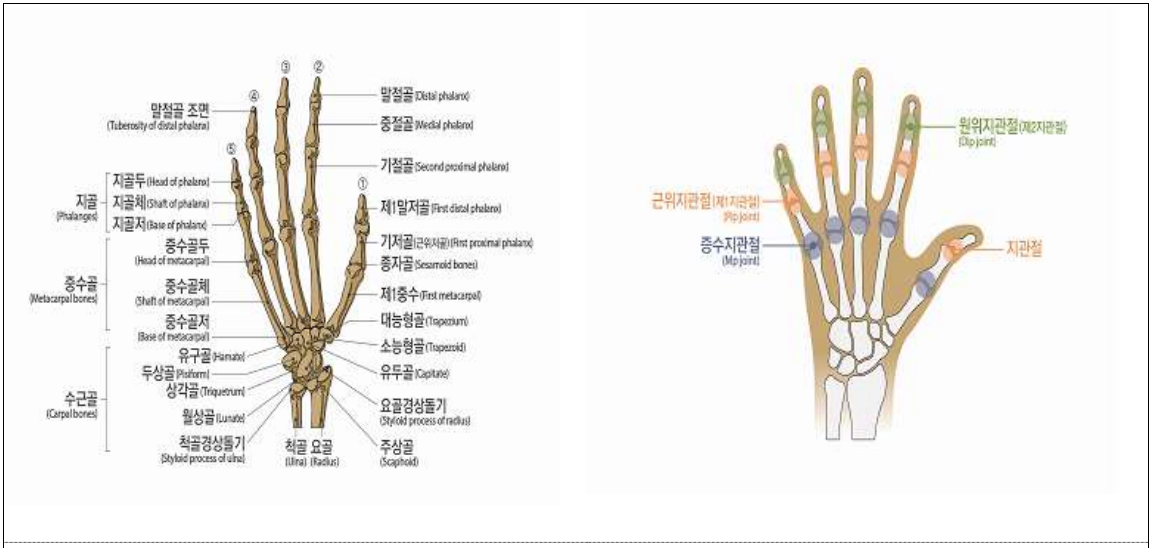
나. 장해판정기준

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 않는다.
3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
7) '손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신

(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.

8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



< 손가락 >

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

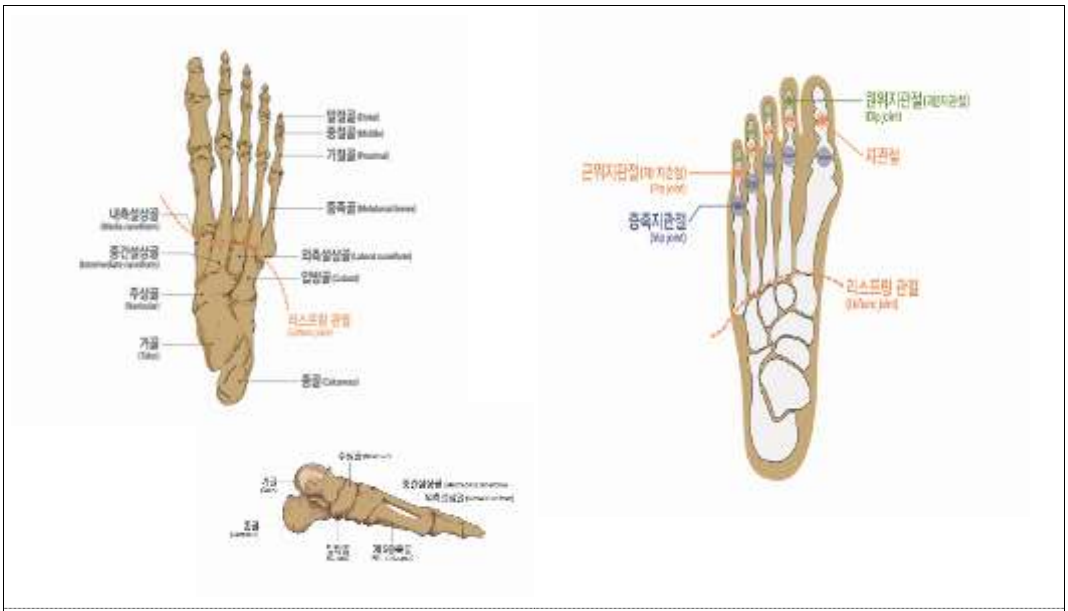
장해의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
6) '발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한

다.

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(1 초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때

6) 흉복부, 비뇨생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않는다.

7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장해항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해 지급률을 준용한다.

8) 상기 장해항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계. 정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해를 남긴때	100
3) 정신행동에 심한 장해를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장해를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장해를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5 점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4 점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3 점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2 점	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 5 가지 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 12 개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 12 개월이 지났다고 하더라도

뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6 개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

가) 정신행동장해는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18 개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1 개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12 개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1 년 이상 충분한 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

다) '정신행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30 점 이하인 상태를 말한다.

라) '정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40 점 이하인 상태를 말한다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1 년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'주) 상 6 개 항목 중 3 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50 점 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 6 개 항목 중 2 개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60 점 이하인 상태를 말한다.

사) '정신행동에 경미한 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 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) 검사결과에 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 8 회 이상의 중증발작이 연 6 개월 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 5 회 이상의 중증발작 또는 월 10 회 이상의 경증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

마) “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1 회 이상의 중증발작 또는 월 2 회 이상의 경증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3 분 이상 지속되는 발작을 말한다.

사) “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3 분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙 임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동 동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태 (30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 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	제한 정도에 따른 지급률
배변· 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨,배변 상태 (15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때 (5%)
목욕 7	- 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%)
옷 입고 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%)

【별표 2】

악성신생물 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행) 중 아래의 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	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 피부의 기타 악성신생물	C43 ~ C44
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 ~ C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성신생물	C51 ~ C58
9. 남성생식기관의 악성신생물	C60 ~ C63
10. 요로의 악성신생물	C64 ~ C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69 ~ C72
12. 갑상샘 및 기타 내분비샘의 악성신생물	C73 ~ C75
13. 불명확한 속발성 및 상세불명부위의 악성신생물	C76 ~ C80
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물	C81 ~ C96
15. 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식성 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병	D47.5

(주) 1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 전암병소, 심장, 수막, 뇌-중추신경계 양성신생물(분류번호 D15.1, D32, D33)은 악성신생물로 분류되지 않으므로 보장되지 않습니다.

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

【별표 3】

상피내의신생물 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병·사인분류에 있어서 상피내의신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행) 중 아래의 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상피내의신생물 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 구강,식도 및 위의 상피내 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계통의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁경부의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세 불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세 불명부위의 상피내 암종	D09

(주) 1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상피내의신생물 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를위한 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.

【별표 4】

뇌졸중 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병·사인분류에 있어서 뇌졸중 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행) 중 아래의 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌졸중·급성심근경색 해당 여부를 판단합니다.

구 분	분 류 항 목	분류번호
뇌졸중	거미막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타비외상성 두개내 출혈	I62
	뇌경색증	I63
	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

(주) 1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 뇌졸중·급성심근경색 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다

【별표 5】

행동양식불명 또는 미상의신생물 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행) 중 아래의 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 흉곽내기관의 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 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

(주) 1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 6】

급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병·사인분류에 있어서 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행) 중 아래의 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 급성심근경색증 해당 여부를 판단합니다.

구 분	분 류 항 목	분류번호
급성심근경색증	급성 심근경색증	I21
	후속심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

(주) 1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 급성심근경색증 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 7】

뇌혈관질환 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병·사인분류에 있어서 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행) 중 아래의 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌혈관질환 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

(주) 1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 뇌혈관질환 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 8】

뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병·사인분류에 있어서 뇌출혈로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행) 중 아래의 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌출혈 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62

(주) 1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 뇌출혈 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 9】

수술의종류 및 등급 분류표

수 술 종 류		등급
피부·유방의 수술 (皮膚,乳房의 手術)	1. 피부이식수술(植皮術) (25cm^2 미만은 제외함)	2 종
	2. 유방절단술(乳房切斷術)	2 종
근골의 수술 (筋骨의手術) 〔발정술(拔釘術)은 제외함〕	3. 골이식술(骨移植術)	2 종
	4. 골수염 골결핵 수술(骨髓炎骨結核手術) 〔농양(膿瘍)의 단순한 절개는 제외함〕	2 종
	5. 두개골 관혈수술(頭蓋骨 觀血手術) 〔비골(코뼈) 비중격(鼻骨 鼻中隔)은 제외함〕	2 종
	6. 비골(코뼈) 관혈수술(鼻骨 觀血手術) 〔비중격만곡증수술(鼻中隔灣曲症手術)은 제외함〕	1 종
	7. 상악골(위턱뼈) 하악골(아래턱뼈) 악관절 관혈수술 (위턱뼈, 아래턱뼈, 顎關節 觀血手術) 〔치·치육(齒·齒肉)의 처치에 수반하는 것은 제외함〕	2 종
	8. 척추 골반 관혈수술(脊椎 骨盤 觀血手術)	2 종
	9. 쇄골 견갑골(어깨뼈) 늑골(갈비뼈) 흉골(복장뼈) 관혈수술(鎖骨 肩胛骨 肋骨 胸骨 觀血手術)	1 종
	10. 사지절단술(팔·다리切斷術) 〔손가락·발가락은 제외함〕	2 종
	11. 절단사지재접합술(切斷팔·다리再接合術) 〔골·관절(骨·關節)의 이단(離斷)에 수반하는 것〕	2 종
	12. 사지골(팔다리뼈) 사지관절 관혈수술 (팔·다리骨 팔·다리關節 觀血手術) 〔손가락·발가락은 제외함)	1 종
	13. 근·건(힘줄)·인대·관혈수술(筋 建 靭帶 觀血手術) 〔손가락·발가락은 제외함. 근염 결절종 점액종수술(筋炎 結切腫 粘液腫手術)은 제외함〕	1 종
호흡기·흉부의 수술 (呼吸器·가슴의 手術)	14. 만성부비강염근본수술(慢性副鼻腔炎根本手術)	1 종
	15. 후두전절제술(喉頭全切除術)	2 종
	16. 기관 기관지 폐 흉막수술(氣管 氣管支 肺 胸膜手術) [개흉술(開胸術)을 수반하는 것]	2 종
	17. 흉곽형성술(胸廓形成術)	2 종
	18. 종격종양적출술(縱隔腫瘍摘出術)	3 종

순환기·비의수술 (循環器·脾의 手術)	19. 관혈적혈관 형성술(觀血的血管 形成術) [혈액투석용(血液透析用)외 SHUNT 형성술(形成術)을 제외함] 20. 정맥류근본수술(精脈瘤根本手術) 21. 대동맥 대정맥 폐동맥 관동맥수술 (大動脈 大精脈 肺動脈 冠動脈手術) [개흉 개복술(開胸 開腹術)을 수반하는 것] 22. 심막절개 봉합술(心膜切開 縫合術) 23. 직시하심장내수술(直視下心藏內手術) 24. 체내용(體內用) Pace Maker 매입술(埋入術) 25. 비절제술(脾切除術)	2 종 1 종 3 종 2 종 3 종 2 종 2 종
소화기의 수술 (消化器의 手術)	26. 이하선(귀밑샘)종양적출술(耳下腺腫瘍 摘出術) 27. 악하선종양적출술(顎下腺腫瘍 摘出術) 28. 식도이단술(食道離斷術) 29. 위절제술(胃切除術) 30. 기타의 위 식도수술(胃 食道手術) [개흉 개복술(開胸 開腹術)을 수반하는 것] 31. 복막염수술(腹膜炎手術) 32. 간장 담낭 담도 췌장 관혈수술 (肝腸 膽囊 膽道 膵臟 觀血手術) 33. 탈장 근본수술(脫腸 根本手術) 34. 충수절제술 맹장봉축술 (蟲垂切除術 盲腸縫縮術) 35. 직장탈근본수술(直腸脫根本手術) 36. 기타의 장 장간막수술(腸 腸間膜手術) [개복술(開腹術)을 수반하는 것] 37. 치루 탈항(항문탈출증) 치핵근본수술(痔屢 脫肛痔核根本手術) [근치(根治)를 목적으로 한 것으로 처치. 단순한 치핵(痔核)만의 수술은 제외함]	2 종 1 종 3 종 3 종 2 종 2 종 2 종 1 종 1 종 2 종 2 종 1 종

뇨·성기의 수술 (尿·性器의 수술)	38. 콩팥(신장)이식수술(腎移植手術) [수용자(受容者)에 한함]	3종
	39. 신장 신우 뇨관 방광 관혈수술 (콩팥 腎盂 尿管 肪胱 觀血手術) [경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함]	2종
	40. 뇨도협착 관혈수술(尿道狹窄 觀血手術) [경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함]	2종
	41. 뇨루폐쇄 관혈수술(尿屢閉鎖觀血手術) [경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함]	2종
	42. 음경절단술(陰莖切斷術)	3종
	43. 고환 부고환 정관 정색 정낭 전립선수술 (睾丸 副睾丸 精管 精索 精囊 前立腺手術)	2종
	44. 음낭수종근본수술(陰囊手腫根本手術)	1종
	45. 자궁광범전절제술(子宮廣汎全切除術) [단순 자궁 전 절제술(單純子宮全摘)등의 자궁전절제술 (子宮全切除術)은 제외함]	3종
	46. 자궁경관형성술 자궁경관봉축술 (子宮經管形成術 子宮經管縫縮術)	1종
	47. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1종
	48. 자궁외 임신수술(子宮外 妊娠手術)	2종
	49. 자궁탈 질탈수술(子宮脫 膣脫手術)	2종
	50. 기타의 자궁수술(子宮手術) [자궁경관 Polyp 절제술 인공임신 중절술 (子宮經管 Polyp 切除術 人工妊娠中絶術)은 제외함]	2종
	51. 난관 난소 관혈수술(卵管 卵巢 觀血手術) [경질적조작(經膣的操作)은 제외함]	2종
	52. 기타의 난관 난소수술(卵管卵巢手術)	1종
내분비기의 수술 (內分泌器의 手術)	53. 하수체종양절제술(下垂體腫瘍切除術)	3종
	54. 갑상선수술(甲狀腺手術)	2종
	55. 부신전절제술(副腎全切除術)	2종
신경의 수술 (神經의手術)	56. 두개내 관혈수술(頭蓋內 觀血手術)	3종
	57. 신경 관혈수술(神經 觀血手術) [형성술 이식술 절제술 감압술 개방술 염제술(形成術 移植術 切除術 減壓術 開放術 捻除術)]	2종
	58. 관혈적척수종양적출수술(觀血的脊髓腫瘍摘出手術)	3종
	59. 척수경막내외 관혈수술(脊髓硬膜內外 觀血手術)	2종

감각기·시기의 수술 (感覺器·視器의 手術)	60. 안검하수증수술(눈꺼풀이 느러짐症手術)	1 종
	61. 누소관형성술(淚小管形成術)	1 종
	62. 누낭비강문합술(淚囊鼻腔吻合術)	1 종
	63. 결막낭형성술(結膜囊形成術)	1 종
	64. 각막이식술(角膜移植術)	1 종
	65. 관혈적전방 홍채 초자체 안와내이물제거술 (觀血的前房 紅彩 硝子體 眼窩內異物除去術)	1 종
	66. 홍채전후유착박리술(紅彩前後癒着剝離術)	1 종
	67. 녹내장 관혈수술(綠內障 觀血手術)	2 종
	68. 백내장 수정체 관혈수술(白內障 水晶體觀血手術)	2 종
	69. 초자체 관혈수술(硝子體 觀血手術)	1 종
	70. 망막박리증수술(網膜剝離症手術)	1 종
	71. Laser 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구수술(眼球手術) [수술개시일로부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1 종
	72. 안구절제술 조직충전술(眼球切除術,組織充塡術)	2 종
	73. 안와종양적출술(眼窩腫瘍摘出術)	2 종
	74. 안근이식술(眼筋移植術)	1 종
감각기·청기의 수술 (感覺器·聽器의 手術)	75. 관혈적고막 고실형성술(觀血的鼓膜 鼓室型成術)	2 종
	76. 유양동삭개술(乳樣洞削開術)	1 종
	77. 중이(가운데귀)근본수술(中耳根本手術)	2 종
	78. 내이(속귀) 관혈수술(內耳 觀血手術)	2 종
	79. 청신경종양적출술(聽神經腫瘍 摘出術)	3 종
악성신생물의 수술 (惡性新生物의 手術)	80. 악성신생물(암)근치수술(惡性新生物根治手術)	3 종
	81. 악성신생물(암)온열요법(惡性新生物溫熱療法) [수술개시일로부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1 종
	82. 기타의 악성신생물(암)수술(惡性新生物手術)	2 종

상기이외의 수술 (上記 以外의 手術)	83. 상기이외의 개두술(開頭術) 84. 상기이외의 개흉술(開胸術) 85. 상기이외의 개복술(開腹術) 86. 충격파(衝擊波)에 의한 체내결석파쇄술(體內結石破碎術) [수술개시일로부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2 종 2 종 1 종 2 종
상기이외의 수술 (上記 以外의 手術)	87. Fiberscope 또는 혈관(血管) Basket Catheter 에 의한 뇌 후두 흉부 복부 장기수술(腦 喉頭 가슴 배 藏器手術) [검사 처치는 포함하지 않음. [수술개시일로부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1 종
신생물근치 방사선조사 (新生物根治 放射線照射)	88. 신생물근치 방사선조사(新生物根治 放射線照射) [5,000Rad 이상의 조사(照射)로 [수술개시일로부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1 종

(주) 1. 수술분류표상의 수술을 대신하여 완치율일 높고 일반적으로 의학계에서 정하고 있는 첨단의 의료기법으로 시술한 경우에는 수술분류표상의 동일부위 수술로 봅니다.
2 미용성형상의 수술, 질병을 직접원인으로 하지 않은 불임수술, 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등] 등은 수술비 지급대상에서 제외합니다.

【별표 10】

아나필락시스 분류표

약관에 규정하는 아나필락시스로 분류되는 상병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 음식의 유해작용으로 인한 아나필락시스쇼크	T78.0
2. 상세불명의 아나필락시스쇼크	T78.2
3. 혈청에 의한 아나필락시스쇼크	T80.5
4. 적절히 투여된 올바른 약물 또는 약제의 유해작용에 의한 아나필락시스쇼크	T88.6

(주) 1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 11】

허혈심장질환 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병·사인분류에 있어서 허혈심장질환으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행) 중 아래의 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 허혈심장질환 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속 심근경색증	I22
4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성허혈심장병	I25

(주) 1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 허혈심장질환 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 12】

대상포진 분류표

약관에 규정하는 대상포진으로 분류되는 상병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
대상포진	B02

(주) 1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 13】

소아 3 대암 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병·사인분류에 있어서 소아 3 대암으로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행) 중 아래의 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 소아 3 대암 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 뇌막의 악성신생물	C70.0
2. 뇌의 악성신생물	C71
3. 기타 및 상세불명의 뇌신경 악성신생물	C72.5
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 중복병터의 악성신생물	C72.8
5. 상세불명의 중추신경계통 악성신생물	C72.9
6. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물	C81~C96
- 호지킨림프종	C81
- 여포성(결절성) 비호지킨 림프종	C82
- 미만성 비호지킨 림프종	C83
- 말초 및 피부성 T-세포 림프종	C84
- 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
- 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 관련조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96

(주) 1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 소아 3 대암 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다

3. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를위한 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.

4. 위의 C70.0, C72.5, C72.8, C72.9 는 뇌암은 아니나 민원발생의 소지가 많으므로 대상에 포함시키는 것으로 합니다.

【별표 14】

골절 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병·사인분류에 있어서 골절로 분류되는 상병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행) 중 아래의 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절	S02
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
6. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 넙적다리뼈의 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

(주) 1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 골절 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 15】

화상 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병·사인분류에 있어서 화상으로 분류되는 상병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행) 중 아래의 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 화상 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	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. 호흡기도의 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. 방사선에 관련된 피부 및 피부밑조직의 기타 장해	L59

(주) 1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 화상 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다

【별표 16】

특정 5 대 호흡계질환 분류표

약관에 규정하는 특정 5 대 호흡계질환으로 분류되는 상병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목		분류번호
특정 바이러스성 폐렴	아데노바이러스폐렴	J12.0
	파라인플루엔자바이러스폐렴	J12.2
	사람메타뉴모바이러스폐렴	J12.3
특정 세균성 폐렴	폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
하부호흡기 특정질환	폐기종	J43
	기관지확장증	J47
특정 외부요인 폐질환	화학물질, 가스, 훈증기 및 물김의 흡입에 의한 호흡기병태	J68
	고체 및 액체에 의한 폐렴	J69
흉막 특정질환	달리 분류되지 않은 흉막삼출액	J90
	흉막판	J92
	기타 흉막의 병태	J94

(주) 1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 17】

특정 2 대호흡계질환 분류표

약관에 규정하는 특정 2 대 호흡계질환으로 분류되는 상병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목		분류번호
간질영향 호흡기질환	성인호흡곤란증후군	J80
	폐부종	J81
	달리 분류되지 않은 폐호산구증가	J82
	기타 간질성 폐질환	J84
하기도 화농·괴사성 질환	폐 및 종격의 농양	J85
	농흉	J86

(주) 1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 18】

특정 6 대소화계질환 분류표

약관에 규정하는 특정 6 대 소화계질환으로 분류되는 상병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목		분류번호
특정 식도궤양	출혈을 동반한 식도의 궤양	K22.11
특정 위궤양	출혈이 있는 급성 위궤양	K25.0
	천공이 있는 급성 위궤양	K25.1
	출혈 및 천공이 모두 있는 급성 위궤양	K25.2
특정 십이지장궤양	출혈이 있는 급성 십이지장궤양	K26.0
	천공이 있는 급성 십이지장궤양	K26.1
	출혈 및 천공이 모두 있는 급성 십이지장궤양	K26.2
특정 소화성궤양	출혈이 있는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27.0
	천공이 있는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27.1
	출혈 및 천공이 모두 있는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27.2
위공장궤양	위공장궤양	K28
특정 위장염 및 결장염	방사선에 의한 위장염 및 결장염	K52.0
	독성 위장염 및 결장염	K52.1

(주) 1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 19】

특정 4 대소화계질환 분류표

약관에 규정하는 특정 4 대 소화계질환으로 분류되는 상병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목		분류번호
특정 게실염	출혈을 동반하지 않은 천공 및 농양이 있는 소장의 게실병, 게실염	K57.02
	출혈을 동반한 천공 및 농양이 있는 소장의 게실병, 게실염	K57.03
	출혈을 동반하지 않은 천공 및 농양이 있는 대장의 게실병, 게실염	K57.22
	출혈을 동반한 천공 및 농양이 있는 대장의 게실병, 게실염	K57.23
	출혈을 동반하지 않은 천공 및 농양이 있는 소장과 대장 모두의 게실병, 게실염	K57.42
	출혈을 동반한 천공 및 농양이 있는 소장과 대장 모두의 게실병, 게실염	K57.43
	출혈을 동반하지 않은 천공 및 농양이 있는 상세불명 부분의 장의 게실병, 게실염	K57.82
	출혈을 동반한 천공 및 농양이 있는 상세불명 부분의 장의 게실병, 게실염	K57.83
충수질환	급성 충수염	K35
	기타 충수염	K36
	상세불명의 충수염	K37
	충수의 기타 질환	K38
복막질환	복막염	K65
	복막의 기타 장애	K66
기타 장질환	장의 혈관장애	K55

(주) 1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 20】

종별수술의 종류 및 등급분류표

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), 심술미동반	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),	A09	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	인공호흡기 단기 사용	5	
	15. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 미사용	A096	1
사지 이식	16. 사지 이식	A100	8
뇌동맥류수술	17. 복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B011	8
	18. 단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B012	8
	19. 복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B013	8
	20. 단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B014	8
	21. 뇌동맥류 색전술(뇌졸중 동반)	B015	6
	22. 뇌동맥류 색전술(뇌졸중 미동반)	B016	6
	23. 뇌동맥류 복합 수술(뇌졸중 동반)	B017	8
	24. 뇌동맥류 복합 색전술(뇌졸중 동반)	B018	6
뇌혈관수술	25. 두개내 혈관 수술(뇌졸중 동반)	B021	8
	26. 두개내 혈관 수술(뇌졸중 미동반)	B022	8
	27. 뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 동반)	B023	6
	28. 뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 미동반)	B024	6
	29. 경피적 뇌혈관 수술(협착·폐쇄 및 혈전제거 동시의 경우)	B025	6
	30. 경피적 뇌혈관 수술(협착 및 폐쇄의 경우)	B02	6

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
		6	
	31. 경피적 뇌혈관 수술(혈전제거의 경우)	B027	6
혈종제거술 및 기타개두술(외상제외)	32. 혈종제거술(외상 제외)	B031	8
	33. 두개내 감압술(외상 제외)	B032	8
	34. 두개골 성형술(외상 제외)	B033	8
두개외 혈관수술	35. 두개외 혈관수술(뇌졸중 동반)	B041	4
	36. 두개외 혈관수술(뇌졸중 미동반)	B042	4
	37. 경피적 두개외 혈관수술	B043	4
뇌기저부 수술	38. 뇌기저부 수술	B050	8
뇌종양 절제술	39. 복잡 천막상부 종양절제술	B061	8
	40. 단순 천막상부 종양절제술	B062	8
	41. 복잡 천막하부 종양절제술	B063	8
	42. 단순 천막하부 종양절제술	B064	8
	43. 경피적 뇌신경계 종양 수술	B065	6
	44. 경비적 뇌하수체 종양 절제술	B066	8
신경계 신경자극기설치술	45. 신경계 신경자극기 설치술	B070	7

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
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(두개내 출혈)	B092	6
	50. 뇌정위 방사선 수술(두개내 출혈 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 회로조성술	55. 뇌척수액 우회로조성술	B110	4
외상 개두술	56. 혈종제거술(외상 관련), 경막외 출혈	B121	7
	57. 혈종제거술(외상 관련), 경막외 출혈	B122	7
	58. 혈종제거술(외상 관련), 경막외 출혈	B123	7
	59. 두개내 감압술(외상 관련)	B124	8
	60. 두개골 성형술(외상 관련)	B125	8
기타 개두술	61. 기타 개두술	B130	7

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
천두술	62. 천두술(경막하 또는 경막외)	B141	4
	63. 천두술(뇌내)	B142	4
	64. 천두술(기타)	B143	4
척추강내 병소절제술	65. 척수내 종양절제술	B151	6
	66. 척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	B152	6
	67. 척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	B153	6
	68. 척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	B154	6
척추변형 척추고정술	69. 청소년기 척추변형 척추고정술	B161	5
	70. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	B162	5
	71. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	B163	5
기타 척추 수술	72. 척추고정술(척수병증 동반)	B171	4
	73. 척추고정술(척수병증 미동반)	B172	4
	74. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	B173	2
	75. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	B174	2
	76. 기타 척추 수술(척수병증 동반)	B175	1
	77. 기타 척추 수술(척수병증 미동반)	B176	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
척추 중재시술	78. 척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	B181	1
	79. 척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	B182	1
신경절술 및 척추강내 약물주입 펌프이식술	80. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	B191	3
	81. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	B192	1
기타 신경계수술	82. 주요 말초 및 뇌 신경 수술	B201	1
	83. 기타 말초 및 뇌 신경 수술	B202	1
	84. 수근관 이완술	B203	1
	85. 기타 근육, 건 및 인대 이완술	B204	1
	86. 기타 신경계 수술	B205	1
복잡 척추수술	87. 복잡 척추고정술	B211	4
	88. 복잡 척추후궁절제술	B212	2
안부 관통상 수술	89. 복잡 안부 관통상 수술	C011	1
	90. 전안부 관통상 수술(수정체 수술 동반)	C012	1
	91. 전안부 관통상 수술(수정체 수술 미동반)	C013	1
	92. 후안부 관통상 수술	C014	1
안와 수술	93. 복잡 안와 수술, 한쪽	C021	2

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	94. 복잡 안와 수술, 양쪽	C022	2
	95. 단순 안와 수술	C023	2
안구 수술(종양 수술 포함)	96. 안구 수술(종양 수술 포함)	C030	2
망막 및 유리체 수술	97. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 동반)	C043	2
	98. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 미동반)	C044	2
	99. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 동반)	C045	2
	100. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 미동반)	C046	2
안구 표면재건술	101. 주요 각막이식수술	C051	2
	102. 기타 각막이식수술	C052	2
	103. 공막 및 각막윤부이식수술	C053	2
수정체 소절개 수술 (유리체 절제술 유무와 무관)	104. 주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C061	1
	105. 기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C062	1
	106. 주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C063	1
	107. 기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C064	1
수정체 대절개 수술 (유리체	108. 주요 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C071	1
	109. 기타 수정체 대절개 수술(유리체 절제술	C07	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
절제술 유무와 무관)	유무와 무관), 한쪽	2	
	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, 제 1 형	C121	1
	121. 복잡 안검 수술, 제 2 형	C122	1
	122. 복잡 안검 수술, 제 3 형	C123	1
	123. 주요 안검 수술, 제 1 형	C124	1
	124. 주요 안검 수술, 제 2 형	C125	1
	125. 주요 안검 수술, 제 3 형	C12	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
		6	
	126. 기타 안검 수술	C127	1
눈물길 수술	127. 복잡 눈물길 수술	C131	1
	128. 주요 눈물길 수술, 한쪽	C132	1
	129. 주요 눈물길 수술, 양쪽	C133	1
	130. 기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 단안	C135	1
	131. 기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 양안	C136	1
결막 수술	132. 결막낭 재건술	C141	1
	133. 복잡 결막 수술	C142	1
	134. 단순 결막 수술	C143	1
기타 안구외수술	135. 기타 안구외 수술	C150	1
내이 수술	136. 귀 이식술	D011	5
	137. 주요 내이 수술	D012	3
	138. 단순 내이 수술	D013	2
중이 및 유양돌기 수술	139. 고실유양돌기 수술	D021	2
	140. 유양돌기 수술	D022	2
	141. 고실 수술	D02	2

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
		3	
	142. 이소골 재건술	D024	2
	143. 등골수술	D025	2
	144. 환기관삽입 고막절개술	D026	2
외이 및 귀 수술	145. 주요 외이 및 귀 수술	D031	1
	146. 단순 외이 및 귀 수술	D032	1
귀 및 코의 악성종양 수술	147. 귀 및 두개저 악성종양 수술	D041	7
	148. 비강, 부비동, 비인강 악성종양	D042	7
부비동개방 수술	149. 부비동 개방 수술(한 개, 한쪽)	D051	1
	150. 부비동 개방 수술(한 개, 양쪽)	D052	1
	151. 부비동 개방 수술(여러 개, 한쪽)	D053	1
	152. 부비동 개방 수술(여러 개, 양쪽)	D054	1
내시경을 이용한 부비동 수술	153. 내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 한쪽)	D061	1
	154. 내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 양쪽)	D062	1
	155. 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D065	1
	156. 복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D066	1
	157. 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개,	D06	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	양쪽)	7	
	158. 복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D068	1
코 수술	159. 주요 코 수술	D081	1
	160. 비중격 및 비갑개수술	D082	1
	161. 단순 코 수술	D083	1
구강 및 타액선 악성종양 수술	162. 구강 및 타액선 악성종양 수술	D090	7
후두 및 인두 악성종양 수술	163. 주요 후두 및 인두 악성종양 수술(경동맥소체 포함)	D101	7
	164. 단순 후두 및 인두 악성종양 수술	D102	7
경부림프절절제술	165. 경부림프절절제술, 한쪽	D111	4
	166. 경부림프절절제술, 양쪽	D112	4
안면골 수술	167. 악관절 수술	D121	2
	168. 주요 안면골 수술	D122	2
	169. 단순 안면골 수술	D123	2
두경부 재건술	170. 두경부 재건술	D130	2
타액선 수술	171. 이하선수술	D141	2
	172. 악하선 및 설하선 수술	D142	2

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	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, 구강 질환 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

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	188. 흉강경을 이용한 주요 수술	E018	7
	189. 흉강경을 이용한 기타 수술	E019	7
기관지경 및 방사선하수술	190. 기관지경 및 방사선하 수술	E020	2
기타 호흡기계 수술	191. 수면무호흡증후군 수술	E032	1
	192. 호흡기계 기타 단순 수술	E033	1
	193. 기타 호흡기계 수술	E034	1
폐농양 배액술	194. 폐농양 배액술	E520	1
흉막삼출 배액술	195. 흉막삼출 배액술	E530	1
자동체내제세동기 시술	196. 자동체내제세동기 설치술 또는 교환술	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

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
관상동맥 우회로 조성술	204. 관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 사용)	F041	8
	205. 관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 사용)	F042	8
	206. 관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 미사용)	F043	8
	207. 관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 미사용)	F044	8
기타 심흉부 수술	208. 기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 사용)	F053	7
	209. 기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 미사용)	F054	5
주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용)	210. 파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F061	8
	211. 비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F062	8
	212. 기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용)	F063	8
주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	213. 파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F071	8
	214. 비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F072	8
	215. 기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	F073	7
대동맥 경피적 수술	216. 복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 미동반)	F081	4
	217. 복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 동반)	F082	4
	218. 흉부대동맥류 경피적 수술	F083	4
	219. 대동맥박리 경피적 수술	F084	4

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
정맥 및 대정맥 경피적 수술	220. 심부정맥혈전증 경피적 수술	F091	4
	221. 대정맥 필터설치를 위한 경피적 수술	F092	4
경도관 심장결손 폐쇄술	222. 경도관 심방중격결손 폐쇄술	F101	4
	223. 경도관 동맥관개존증 폐쇄술	F102	4
	224. 기타 경도관 심장 결손 폐쇄술	F103	4
급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반)	225. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 단일혈관)	F111	4
	226. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 다발혈관)	F112	4
급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반)	227. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 단일혈관)	F121	4
	228. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 다발혈관)	F122	4
급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술	229. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F133	4
	230. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F134	4
	231. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F135	4
	232. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적	F13	4

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	6	
부정맥의 경피적 수술 (3 차원 지도화 기능 포함)	233. 심실빈맥 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 포함)	F141	4
	234. 심방세동 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 포함)	F142	4
	235. 발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 포함)	F143	4
부정맥의 경피적 수술 (3 차원 지도화 기능 미포함)	236. 심실빈맥 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 미포함)	F151	4
	237. 심방세동 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 미포함)	F152	4
	238. 발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3 차원 지도화 기능 미포함)	F153	4
경피적 풍선 판막성형술	239. 경피적 승모판 풍선 판막성형술	F161	4
	240. 경피적 대동맥 또는 폐동맥 풍선 판막성형술	F162	4
혈관 기형의 경피적 수술	241. 동정맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F181	4
	242. 관상동맥 및 폐동맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F182	4
말초동맥의 경피적 수술	243. 말초동맥 색전증 및 혈전증의 경피적 수술	F192	4
	244. 말초동맥 동맥류 및 박리의 경피적 수술	F193	4
	245. 말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 여러 개	F194	4
	246. 말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 한 개	F195	4
기타 경피적 심혈관 수술	247. 기타 경피적 심혈관 수술	F200	4

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
체내 심박조율기 설치술(급성 심근경색증, 심부전, 쇼크의 경우)	248. 영구적 심박조율기 설치술	F211	5
	249. 영구적 심박조율기 교환술	F212	5
	250. 심박조율기 제거 및 전환술	F213	1
기타 혈관 복구 수술	251. 기타 혈관 복구 수술	F220	2
순환 장애 절단술 (수족부 제외)	252. 순환 장애 절단술(수족부 제외)	F230	7
순환 장애 수족부 절단술	253. 순환 장애 수족부 절단술	F240	3
정맥 결찰 및 스트리핑	254. 정맥류 광범위 절제술(여러 개)	F253	1
	255. 정맥류 광범위 절제술(한 개)	F254	1
	256. 정맥류 국소 절제술	F252	1
기타 순환기계 수술	257. 기타 순환기계 수술	F260	1
식도 수술	258. 식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술	G011	7
	259. 기타 주요 식도 수술	G012	5
	260. 기타 단순 식도 수술	G013	4
직장절제술(림프절절제 동반)	261. 복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 동반)	G021	7
	262. 개복에 의한 직장절제술(림프절절제 동반)	G022	7
직장절제술(림	263. 복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제	G03	7

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
프절절제 미동반)	미동반)	1	
	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
주요십이지장 수술	267. 주요 십이지장 수술	G050	7
식도정맥류수술	268. 식도 정맥류 수술	G060	5
위전절제술	269. 복강경을 이용한 위전절제술	G071	7
	270. 개복에 의한 위전절제술	G072	7
위아전절제술	271. 복강경을 이용한 위아전절제술	G081	7
	272. 개복에 의한 위아전절제술	G082	7
기타 위절제술	273. 복강경을 이용한 기타 위절제술	G091	5
	274. 개복에 의한 기타 위절제술	G092	5
	275. 복강경을 이용한 기타 설상절제술	G093	5
	276. 개복에 의한 기타 설상절제술	G094	5
소화성 궤양 수술	277. 복강경을 이용한 소화성 궤양 수술	G101	4
	278. 개복에 의한 소화성 궤양 수술	G102	4
기타 위 및	279. 복강경을 이용한 기타 위 및 식도 수술	G11	4

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
식도 수술		1	
	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
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	G20	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	제외(장절제 동반)	2	
	296. 복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G203	1
	297. 개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G204	1
충수절제술	298. 복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G211	3
	299. 복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G212	3
	300. 개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G213	3
	301. 개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G214	3
재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술	302. 복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G221	1
	303. 복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G222	1
	304. 개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G223	1
	305. 개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G224	1
서혜 및 대퇴부 탈장 수술 (장절제 동반)	306. 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	G230	1
복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술 (장절제 미동반)	307. 복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 한쪽	G241	1
	308. 복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G242	1
개복에 의한 서혜 및	309. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단의 경우),	G251	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	한쪽		
	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	324. 소화기계 질환의 혈관색전술	G34	3

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
질환의 혈관색전술		0	
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

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
간담도췌장 복합수술	337. 간담도췌장 복합수술	H010	7
간담도 복합수술	338. 주요 간담도 복합수술	H021	7
	339. 기타 간담도 복합수술	H022	5
담도췌장 복합수술	340. 담도췌장 복합수술	H030	7
간 절제술	341. 복강경을 이용한 주요 간 절제술	H041	7
	342. 개복에 의한 주요 간 절제술	H042	7
	343. 복강경을 이용한 기타 간 절제술	H043	5
	344. 개복에 의한 기타 간 절제술	H044	5
간 수술	345. 복강경을 이용한 간 수술	H051	4
	346. 개복에 의한 간 수술	H052	4
간담도계 질환 치료를 위한 단락술	347. 간담도계 질환 치료를 위한 단락술	H060	4
담도 절제술(림프절 절제 동반)	348. 복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H071	7
	349. 개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H072	7
담도 절제술(림프절 절제 미동반)	350. 복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H081	5
	351. 개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H082	5
주요 담도	352. 복강경을 이용한 주요 담도 수술	H09	5

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
수술		1	
	353. 개복에 의한 주요 담도 수술	H092	5
담낭절제술	354. 복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H101	4
	355. 개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H102	4
	356. 복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H103	4
	357. 개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H104	4
	358. 복강경을 이용한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H105	4
	359. 개복에 의한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H106	4
	360. 복강경을 이용한 담낭절제술(충수담관탐구술 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	H14	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
		3	
	368. 기타 간담도 및 췌장 수술	H144	3
	369. 경피적 담관경 시술	H145	3
	370. 경피적 담관 시술	H146	3
간담도 및 췌장의 경피적 시술	371. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양 제외)	H152	3
	372. 담도협착을 위한 경피적 시술	H154	3
	373. 담석제거를 위한 경피적 시술	H155	3
	374. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 동반	H156	6
	375. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 미동반	H157	6
출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	376. 출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	H500	1
간암의 경피적 치료술	377. 간암의 경피적 치료술	H510	6
간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	378. 간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	H520	3
양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	379. 양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술의 경우)	I011	4
	380. 양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술 제외)	I012	3
고관절 재치환술 및 치환술	381. 고관절 전재치환술	I021	4
	382. 고관절 전치환술	I02	4

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
		2	
	383. 고관절 부분치환술	I023	4
슬관절 재치환술 및 치환술	384. 슬관절 전재치환술	I031	3
	385. 슬관절 전치환술	I032	3
	386. 슬관절 부분치환술	I033	3
기타 관절 재치환술 및 치환술	387. 기타 관절 전재치환술	I041	2
	388. 기타 관절 전치환술	I042	2
	389. 기타 관절 부분치환술	I043	2
	390. 인공관절삽입물 제거술	I044	2
혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	391. 혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	I050	4
척추강내 병소절제술	392. 척수내 종양절제술	I061	6
	393. 척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	I062	6
	394. 척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	I063	6
	395. 척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	I064	6
척추변형 척추고정술	396. 청소년기 척추변형 척추고정술	I071	5
	397. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술	I07	5

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	동반)	2	
	398. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	I073	5
기타 척추 수술	399. 척추고정술(척수병증 동반)	I081	4
	400. 척추고정술(척수병증 미동반)	I082	4
	401. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	I083	2
	402. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	I084	2
	403. 기타 척추 수술(척수병증 동반)	I085	1
	404. 기타 척추 수술(척수병증 미동반)	I086	1
척추 중재시술	405. 척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	I091	1
	406. 척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	I092	1
신경절술 및 척추강내 약물주입 펌프이식술	407. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	I101	3
	408. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	I102	1
절단술	409. 주요 절단술	I111	7
	410. 기타 절단술	I112	3
골종양의 절제술	411. 골악성종양의 광범위 절제술(재건술 동반)	I121	7
	412. 골악성종양의 광범위 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골)	I122	7
	413. 골악성종양의 광범위 절제술(기타)	I12	7

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
		3	
	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 비골수술	420. 상완골, 경골 및 비골 수술	I160	2
단단성형술	421. 단단성형술(수족지 제외)	I171	2
	422. 단단성형술(수족지)	I172	2
견부 수술	423. 회전근개 수술	I181	1
	424. 관절와순 수술	I182	1
	425. 복수 진단 견부 수술	I183	1
	426. 기타 견부 수술	I184	1
슬부 수술	427. 십자인대 수술	I191	1
	428. 반달연골 수술, 양쪽	I192	1
	429. 반달연골 수술, 한쪽	I19	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
		3	
	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	I28	3

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
		2	
	446. 슬관절 및 하퇴골 골절 수술	I283	3
	447. 족관절 및 족부 골절 수술	I284	2
	448. 견부 및 상완골 골절 수술	I285	3
	449. 전완부 골절 수술	I286	2
	450. 수부 골절 수술	I287	1
기타 결합조직 수술	451. 기타 결합조직 수술	I290	1
복잡 인공관절치환술	452. 복잡 양쪽 또는 복수 인공관절치환술	I301	4
	453. 복잡 인공관절전재치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I302	4
	454. 복잡 인공관절전재치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I303	2
	455. 복잡 인공관절전치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I304	4
	456. 복잡 인공관절전치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I305	2
	457. 복잡 인공관절부분치환술	I306	3
복잡 척추 수술	458. 복잡 척추고정술	I311	4
	459. 복잡 척추후궁절제술	I312	2
복잡 관절 수술	460. 복잡 사지골절정복술	I321	2
	461. 복잡 관절고정술	I32	2

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
		2	
	462. 복잡 사지관절절제술	I323	1
	463. 복잡 가관절수술	I324	2
	464. 복잡 반월판연골절제술	I325	1
복잡 근골격계 염증성 질환 수술	465. 복잡 화농성관절염절개술	I331	1
	466. 복잡 골수염 및 농양수술	I332	1
근골격계 질환의 경피적 배액술	467. 근골격계 질환의 경피적 배액술	I500	1
피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	468. 피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	J010	3
피판술, 피부이식술 및 변연절제술 (피부궤양, 봉소염의 경우)	469. 피판술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J021	2
	470. 피부 이식술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J022	2
피판술, 피부이식술 및 변연절제술 (피부궤양, 봉소염 제외)	471. 피판술(피부궤양, 봉소염 제외)	J031	2
	472. 피부 이식술(피부궤양, 봉소염 제외)	J032	2
기타 피부, 피하조직수술	473. 피부 및 연조직 악성종양 적제술	J041	4
	474. 피부 및 연조직 수술	J04	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
		2	
	475. 기타 피부, 피하조직수술	J043	1
유방재건술	476. 자가조직을 이용한 유방재건술	J051	3
	477. 보형물을 이용한 유방재건술	J052	3
주요 유방 수술	478. 근치 유방절제술	J061	7
	479. 유방절제술(악성종양의 경우)	J062	7
	480. 유방절제술(악성종양 제외)	J063	2
단순 유방 수술	481. 진공흡입보조장치를 이용한 단순 유방 수술	J071	1
	482. 절개에 의한 단순 유방 수술	J072	1
액와 수술	483. 액와 수술(악성종양의 경우)	J081	4
	484. 액와 수술(악성종양 제외)	J082	1
기타 유방 및 액와 수술	485. 기타 유방 및 액와 수술	J090	1
항문 주위 및 모소 수술	486. 항문 주위 및 모소 수술	J100	1
	487. 교감신경절제술	J110	2
내분비, 영양 및 대사장애 절단술	488. 내분비, 영양 및 대사장애 절단술(수족부 제외)	K011	7
	489. 내분비, 영양 및 대사장애 수족부 절단술	K012	3
뇌하수체 수술	490. 천막상부 종양 절제술	K02	8

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
		1	
	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. 기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	K490	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
복막투석 도관 삽입술	506. 복막투석 도관 삽입술	L010	2
신장 및 비뇨기계 신생물 수술	507. 주요 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L021	7
	508. 기타 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L022	7
	509. 주요 방광 및 골반 신생물 수술	L023	7
	510. 기타 방광, 골반 및 요도 신생물 수술	L024	5
	511. 경요도 요관 및 방광 신생물 수술	L025	4
	512. 전립선 신생물 수술	L026	4
	513. 복강경을 이용한 신장 및 비뇨기계 신생물 수술	L027	7
신장 및 신우 수술	514. 복강경을 이용한 신장 및 신우 수술	L031	4
	515. 개복에 의한 신장 및 신우 수술	L032	4
	516. 경피적 신장 및 신우 수술, 한쪽	L033	3
	517. 경피적 신장 및 신우 수술, 양쪽	L034	3
요관 수술	518. 요관 수술	L040	2
방광 수술	519. 개복에 의한 방광 수술	L051	4
	520. 경피적 방광 수술	L052	2
	521. 경요도 방광 수술	L053	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
전립선 수술	522. 전립선 수술	L060	2
요도 수술	523. 주요 요도 수술	L071	1
	524. 요도경하 요도 수술	L072	1
	525. 기타 요도 수술	L073	1
	526. 복잡 요실금 수술	L074	1
	527. 단순 요실금 수술	L075	1
요로 결석 수술	528. 복강경을 이용한 요로 결석 수술	L081	4
	529. 신장, 신우 및 요관 결석 수술	L082	4
	530. 경요도적 요관 결석 수술	L083	2
	531. 방광 및 요도 결석 수술	L084	4
	532. 연성내시경하 수술	L085	2
요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	533. 요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 복잡	L091	1
	534. 요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 단순	L092	1
신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	535. 신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	L101	3
	536. 신장 및 비뇨기 질환의 시험적 거치술	L102	1
요로 질환 수술	537. 경요도 요로 질환 수술	L111	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
	538. 외상 및 감염성 요로 질환 수술	L112	1
기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	539. 기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	L120	2
기타 신장 및 비뇨기계 시술	540. 혈액투석을 위한 단락 또는 동정맥루 조성술	L131	2
	541. 혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 복잡	L132	2
	542. 혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 단순	L133	2
	543. 기타 신장 및 비뇨기계 시술	L134	1
방광요도경 시술	544. 방광요도경 시술	L510	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	545. 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	L520	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	546. 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	L530	1
남성 골반 수술	547. 남성 골반 수술	M010	1
전립선 적출술	548. 주요 전립선 적출술	M021	4
	549. 기타 전립선 적출술	M022	3
기타 전립선 수술	550. 기타 전립선 수술	M030	1
음경 수술	551. 복잡 음경 수술	M041	1
	552. 단순 음경 수술	M04	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
		2	
	553. 페이로니 병 수술	M043	1
포경 수술	554. 포경 수술	M050	1
요도 수술	555. 주요 요도 수술	M061	1
	556. 단순 요도 수술	M062	1
음낭 수술	557. 복잡 음낭 수술	M071	1
	558. 단순 음낭 수술	M072	1
고환 수술	559. 복강경을 이용한 복잡 고환 수술	M081	4
	560. 개복에 의한 복잡 고환 수술	M082	4
	561. 단순 고환 수술	M083	1
기타 고환 수술 및 생식기 적출술	562. 복강경을 이용한 정계정맥류	M091	4
	563. 개복에 의한 정계정맥류	M092	4
	564. 고환 및 생식기 적출술	M093	7
기타 남성생식기계 시술	565. 기타 남성생식기계 시술(악성종양의 경우)	M101	4
	566. 기타 남성생식기계 시술(악성종양 제외)	M102	1
방광요도경 시술	567. 방광요도경 시술	M500	1
자궁	568. 복강경을 이용한 자궁 수술(악성종양의	N01	7

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
수술(악성종양의 경우)	경우)	1	
	569. 개복에 의한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N012	7
주요 자궁절제술 (악성종양 제외)	570. 복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N021	2
	571. 개복에 의한 주요 자궁 절제술(악성종양 제외)	N022	2
단순 자궁 수술(악성종양 제외)	572. 복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N031	2
	573. 개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N032	2
난소 및 부속기 수술 (악성종양의 경우)	574. 복강경을 이용한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N041	7
	575. 개복에 의한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N042	7
난소 수술 (악성종양 제외)	576. 복강경을 이용한 난소 수술(악성종양 제외)	N051	2
	577. 개복에 의한 난소 수술(악성종양 제외)	N052	2
부속기 수술 (악성종양 제외)	578. 복강경을 이용한 부속기 수술(악성종양 제외)	N061	2
	579. 개복에 의한 부속기 수술(악성종양 제외)	N062	2
자궁경부, 질 및 외음부 수술 (악성종양의 경우)	580. 복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N071	6
	581. 개복에 의한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N072	6
자궁경부, 질 및 외음부 수술 (악성종양	582. 복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N081	1
	583. 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N082	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
제외)			
기타 골반 수술 복원술	584. 복강경을 이용한 기타 골반 수술	N091	1
	585. 개복에 의한 기타 골반 수술	N092	1
주요 여성생식기계 복원술	586. 복강경을 이용한 주요 여성생식기계 복원술	N101	1
	587. 개복에 의한 주요 여성생식기계 복원술	N102	1
기타 여성생식기계 복원술	588. 기타 여성생식기계 복원술	N110	1
복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	589. 복강경 수술	N121	1
자궁경 수술	590. 자궁경 수술	N130	1
자궁소파술	591. 치료적 자궁소파술	N141	1
기타 여성생식기계 수술	592. 복강경을 이용한 기타 여성생식기계 수술	N161	1
	593. 개복에 의한 기타 여성생식기계 수술	N162	1
여성생식기계 경피적 혈관 수술	594. 여성생식기계 경피적 혈관 수술	N180	2
제왕절개분만(단태아)	595. 일반 제왕절개분만(단태아)	O0111	1
	596. 고위험 제왕절개분만(단태아)	O0112	1
	597. 질식분만 시도 후 제왕절개분만(단태아)	O0113	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
제왕절개분만(다태아)	598. 질식분만 시도 후 제왕절개분만(다태아)	O022	1
	599. 일반 제왕절개분만(다태아)	O023	1
	600. 고위험 제왕절개분만(다태아)	O024	1
자궁외 임신 주요 수술	601. 복강경을 이용한 자궁외 임신 주요 수술	O081	4
	602. 개복에 의한 자궁외 임신 주요 수술	O082	4
자궁외 임신 기타 수술	603. 복강경을 이용한 자궁외 임신 기타 수술	O091	4
	604. 개복에 의한 자궁외 임신 기타 수술	O092	4
자궁경관봉축술	605. 치료적 자궁경관봉축술	O102	1
분만 및 유산 후 관련 장애(수술시행)	606. 분만 및 유산 후 관련 장애(수술시행)	O110	1
자궁소파술 및 흡인소파술	607. 자궁소파술 및 흡인소파술	O120	1
분만 및 유산 관련 자궁적출술	608. 분만 및 유산 관련 자궁적출술	O130	2
비장 절제술	609. 성인의 복강경을 이용한 비장 절제술	Q012	4
	610. 성인의 개복에 의한 비장 절제술	Q013	4
림프종 및 백혈병 (주요 수술 시행)	611. 림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	R010	4

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
기타 신생물 질환 (주요 수술 시행)	612. 기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	R020	4
다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	613. 다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	W010	8
다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	614. 다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	W020	5
다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	615. 다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	W030	6
다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	616. 다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	W040	4
하지 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	617. 하지 손상의 미세혈관 조직이식	X011	3
	618. 하지 손상의 국소 피판 및 피부이식	X012	2
수부 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	619. 수부 손상의 미세혈관 조직이식	X021	3
	620. 수부 손상의 국소 피판 및 피부이식	X022	2
기타 손상의 미세혈관 조직이식 및	621. 기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	X030	3

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
피부이식			
하지 손상의 기타 수술	622. 하지 손상의 골 및 관절 수술	X041	2
	623. 하지 손상의 기타 수술	X042	1
수부 손상의 기타 수술	624. 수부 손상의 골 및 관절 수술	X051	2
	625. 수부 손상의 기타 수술	X052	1
기타 손상의 수술	626. 기타 손상의 수술	X060	1
중증 화상 (피부 이식 동반)	627. 중증 화상(피부 이식 동반)	Y010	5
중등도 화상 (피부이식 혹은 흡입손상을 동반)	628. 중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상을 동반)	Y020	2

주 1) 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.

주 2) 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 2,3 번째 자리에 해당하는 숫자가 “60” ~ “99”에 해당하는 경우

【 예시 】

「ADRG」가 “B601”의 경우 첫번째 자리(알파벳(B))를 제외하고 2,3 번째 자리에 해당하는 숫자가 “60”이므로 이 특별약관에서 보장하지 않습니다.

② 아래 표에 기재된 「ADRG」

ADRG	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 96 시간 이상(신대체요법 동반)
E502	침습적 인공호흡기 96 시간 이상(신대체요법 미동반)
E511	침습적 인공호흡기 96 시간 미만(신대체요법 동반)
E512	침습적 인공호흡기 96 시간 미만(신대체요법 미동반)
E540	경기관지 폐생검
E550	폐흉부질환의 침흡인 생검
F051	심장 중격결손증 수술
F052	기타 복잡 심장 기형 교정술
F171	선천성 심장병 협착 질환의 경피적 혈관성형술(스텐트 사용)
F172	경피적 심장내 혈관성형술(스텐트 사용)
F173	순환기계의 경피적 풍선 혈관성형술
F501	심장 전기 생리 검사

ADRG	수술 및 시술명
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
K091	복강경을 이용한 비만대사수술
K092	개복에 의한 비만대사수술
K500	갑상선 질환의 침흡인생검
L113	선천성 요로 질환 수술
L500	요관경검사
M094	정관 수술
M510	전립선 생검
N122	복강경 검사 및 기타 난관 결찰술
N142	진단적 자궁소파술

ADRG	수술 및 시술명
N151	복강경을 이용한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술
N152	개복에 의한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술
N170	방사선원삽입요법(악성종양의 경우)
O041	일반 질식분만(초산)
O042	고위험 질식분만(초산)
O051	일반 질식분만(경산)
O052	고위험 질식분만(경산)
O061	제왕절개술 기왕력이 있는 일반 질식분만
O062	제왕절개술 기왕력이 있는 고위험 질식분만
O073	질식분만(복합 수술 동반)
O101	예방적 자궁경관봉축술
O141	분만 및 유산 관련 경피적 혈관 수술
O142	산욕기 관련 기타 경피적 혈관 수술
P010	입원후 5일 미만에, 사망하거나 전원된 신생아(중요 수술 시행)
P020	신생아를 대상으로 한 심흉복부/혈관 수술
P030	신생아, 입원시 체중 < 750g(중요 수술 시행)
P040	신생아, 입원시 체중 750-999g(중요 수술 시행)
P050	신생아, 입원시 체중 1000-1249g(중요 수술 시행)
P060	신생아, 입원시 체중 1250-1499g(중요 수술 시행)
P070	신생아, 입원시 체중 1500-1999g(중요 수술 시행)
P080	신생아, 입원시 체중 2000-2499g(중요 수술 시행)
P090	신생아, 입원시 체중 > 2499g(중요 수술 시행)
Q011	소아의 비장 절제술
Q020	기타 혈액 및 조혈기관 수술

ADRG	수술 및 시술명
R030	림프종 및 백혈병(기타 수술 시행)
R040	기타 신생물 질환(기타 수술 시행)
R500	치료적 성분채집술
T011	패혈증 수술(합병증 동반)
T012	패혈증 수술(합병증 미동반)
T013	외상 후 감염 수술
T014	수술 후 감염 수술
T015	기타 감염 질환 수술
U010	정신장애 치료목적의 수술
W050	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 혈관색전술
Y030	기타 화상(피부이식 동반)
Z010	기타 보건의료서비스에 관한 수술

③ 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」에서 규정한 "Error DRG" 및 "960 DRG"

- Error DRG : 961, 962, 963, 990, 999

※ "Error DRG"라 함은 "주진단 범주(MDC)"와 일치하지 않는 수술 등을 뜻합니다.

【 예시 】
거미막하출혈로 진단받고 경피적 심장판막성형술을 받은 경우는 주진단 범주(MDC)와 수술이 일치하지 않아 Error DRG 가 생성되어 보장에서 제외됩니다.

※ "960 DRG"라 함은 "Error DRG"는 아니지만 입원 2 일 이내에 조기 사망한 환자(신생아 제외)를 뜻합니다. 다만, 통원일 또는 퇴원일을 기준으로 진료비세부내역서 등에서 확인되는 「수술시술코드」는 보장합니다.

※ 이 특별약관에서 수술시술코드 및 ADRG 는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 기준)에서 정의된 ADRG 코드 및 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제 2021-13 호, 2021.1.22.)에서 정의된 수가코드, 제 8 차 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행)에서 정의된 분류번호 기준이며, 향후 ADRG 코드 및 수가코드, 분류번호가 변경된 경우에는 변경전 ADRG 코드 및 수가코드, 분류번호에 준하여 수술시술코드 및 ADRG 를 결정합니다.

【별표 21】

종별골절 분류표

약관에 규정하는 종별 골절으로 분류되는 상병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목		분류코드
1 종	치아의 파절 및 파절치	S02.5
	얼굴의으깸손상	S07.0
	두개골의으깸손상	S07.1
	머리의기타부분의으깸손상	S07.8
	머리의상세불명부분의으깸손상	S07.9
	머리의상세불명의손상	S09.9
	늑골골절	S22.3
	골성흉곽의상세불명부분의골절	S22.9
	견갑대의상세불명부분의골절	S42.9
	척골상단의골절	S52.0
	요골상단의골절	S52.1
	척골몸통의골절	S52.2
	요골몸통의골절	S52.3
	요골하단의골절	S52.5
	아래팔의기타부분의골절	S52.8
	아래팔의상세불명부분의골절	S52.9
	손주상골의골절	S62.0
	기타수근골의골절	S62.1
	제 1 중수골의골절	S62.2
	기타중수골골절	S62.3
	엄지손가락의골절	S62.5
	기타손가락의골절	S62.6
	아래다리의상세불명부분의골절	S82.9
	기타족근골(발목뼈)의골절	S92.2

	중족골(발바닥뼈)의골절	S92.3
	엄지발가락(족무지)의골절	S92.4
	기타발가락의골절	S92.5
	발의상세불명골절	S92.9
	미추의 골절	S32.2

2 종	두개저의골절	S02.1
	비골의골절	S02.2
	하악골의골절	S02.6
	목의기타부분의골절	S12.8
	흉추의골절	S22.0
	흉골의골절	S22.2
	골성흉곽의기타부분의골절	S22.8
	요추의골절	S32.0
	천골(薦骨)의골절	S32.1
	장골의골절	S32.3
	치골의골절	S32.5
	견갑골의골절	S42.1
	상완골의상단의골절	S42.2
	상완골몸통의골절	S42.3
	상완골하단의골절	S42.4
	손가락의다발골절	S62.7
	무릎뼈의골절	S82.0
	경골상단의골절	S82.1
	경골몸통의골절	S82.2
	경골하단의골절	S82.3
	비골만의골절	S82.4
	안쪽복사의골절	S82.5
	외측복사의골절	S82.6
	아래다리의기타부분의골절	S82.8
	종골(발뒤꿈치)의골절	S92.0
	목과함께머리를침범한골절	T02.0

	척추의 상세불명 부위의 골절, 폐쇄성	T08.0
	팔의 상세불명 부위의 골절, 폐쇄성	T10.0
	다리의 상세불명 부위의 골절, 폐쇄성	T12.0
	상세불명의신체부위의골절	T14.2
	안와바닥의골절	S02.3
	발의다발골절	S92.7
	손목및손이기타및상세불명부분의골절	S62.8
	어깨및위팔의기타부분의골절	S42.8
	거골(발목뼈중가장위쪽뼈)의골절	S92.1
	척골과요골모두의몸통골절	S52.4
	척골과요골모두의하단골절	S52.6
	쇄골의골절	S42.0

3 종	두개원개의골절	S02.0
	광대뼈및상악골의골절	S02.4
	제 1 경추의 골절	S12.0
	제 2 경추의 골절	S12.1
	기타명시된경추의골절	S12.2
	목의상세불명부분의골절	S12.9
	흉추의다발골절	S22.1
	늑골의다발골절	S22.4
	아래팔의다발골절	S52.7
	중수골의다발골절	S62.4
	대퇴골전자부골절	S72.1
	대퇴골몸통의골절	S72.3
	대퇴골하단의골절	S72.4
	대퇴골의기타부분의골절	S72.8
	대퇴골의상세불명부분의골절	S72.9
	다리와함께팔이여러부위를침범한골절	T02.6
	기타신체부위를복합적으로침범한골절	T02.8
	상세불명의다발성골절	T02.9
	팔의 상세불명 부위의 골절, 개방성	T10.1

	척추의 상세불명 부위의 골절, 개방성	T08.1
	한쪽팔의여러부위를침범한골절	T02.2
	한쪽다리의여러부위를침범한골절	T02.3
	양측팔의여러부위를침범한골절	T02.4
	양측다리의여러부위를침범한골절	T02.5
	아래다리의다발골절	S82.7
	쇄골,견갑골및상완골의다발골절	S42.7
	다리의 상세불명 부위의 골절, 개방성	T12.1
4 종	기타두개골및안면골의골절	S02.8
	두개골및안면골의상세불명부분의골절	S02.9
	경추의다발골절	S12.7
	동요가슴	S22.5
	요추및골반의기타및상세불명부분의골절	S32.8
	대퇴골경부의골절	S72.0
	전자하골절	S72.2
	절구의골절	S32.4
	아래등및골반과함께흉부를침범한골절	T02.1
5 종	두개골및안면골을침범하는다발골절	S02.7
	요추및골반의다발골절	S32.7
	아래등,골반및사지와함께흉부를침범한골절	T02.7
	대퇴골의다발골절	S72.7

(주) 1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 골절 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 22】

종별골절 분류표(치아파절제외)

약관에 규정하는 종별 골절으로 분류되는 상병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목		분류코드
1 종	얼굴의으깸손상	S07.0
	두개골의으깸손상	S07.1
	머리의기타부분의으깸손상	S07.8
	머리의상세불명부분의으깸손상	S07.9
	머리의상세불명의손상	S09.9
	늑골골절	S22.3
	골성흉곽의상세불명부분의골절	S22.9
	견갑대의상세불명부분의골절	S42.9
	척골상단의골절	S52.0
	요골상단의골절	S52.1
	척골몸통의골절	S52.2
	요골몸통의골절	S52.3
	요골하단의골절	S52.5
	아래팔의기타부분의골절	S52.8
	아래팔의상세불명부분의골절	S52.9
	손주상골의골절	S62.0
	기타수근골의골절	S62.1
	제 1 중수골의골절	S62.2
	기타중수골골절	S62.3
	엄지손가락의골절	S62.5
	기타손가락의골절	S62.6
	아래다리의상세불명부분의골절	S82.9
	기타족근골(발목뼈)의골절	S92.2
	중족골(발바닥뼈)의골절	S92.3

	엄지발가락(족무지)의골절	S92.4
	기타발가락의골절	S92.5
	발의상세불명골절	S92.9
	미추의 골절	S32.2

2 종	두개저의골절	S02.1
	비골의골절	S02.2
	하악골의골절	S02.6
	목의기타부분의골절	S12.8
	흉추의골절	S22.0
	흉골의골절	S22.2
	골성흉곽의기타부분의골절	S22.8
	요추의골절	S32.0
	천골(薦骨)의골절	S32.1
	장골의골절	S32.3
	치골의골절	S32.5
	견갑골의골절	S42.1
	상완골의상단의골절	S42.2
	상완골몸통의골절	S42.3
	상완골하단의골절	S42.4
	손가락의다발골절	S62.7
	무릎뼈의골절	S82.0
	경골상단의골절	S82.1
	경골몸통의골절	S82.2
	경골하단의골절	S82.3
	비골만의골절	S82.4
	안쪽복사의골절	S82.5
	외측복사의골절	S82.6
	아래다리의기타부분의골절	S82.8
	종골(발뒤꿈치)의골절	S92.0
	목과함께머리를침범한골절	T02.0
	척추의 상세불명 부위의 골절, 폐쇄성	T08.0

	팔의 상세불명 부위의 골절, 폐쇄성	T10.0
	다리의 상세불명 부위의 골절, 폐쇄성	T12.0
	상세불명의신체부위의골절	T14.2
	안와바닥의골절	S02.3
	발의다발골절	S92.7
	손목및손이기타및상세불명부분의골절	S62.8
	어깨및위팔의기타부분의골절	S42.8
	거골(발목뼈중가장위쪽뼈)의골절	S92.1
	척골과요골모두의몸통골절	S52.4
	척골과요골모두의하단골절	S52.6
	쇄골의골절	S42.0

3 종	두개원개의골절	S02.0
	광대뼈및상악골의골절	S02.4
	제 1 경추의 골절	S12.0
	제 2 경추의 골절	S12.1
	기타명시된경추의골절	S12.2
	목의상세불명부분의골절	S12.9
	흉추의다발골절	S22.1
	늑골의다발골절	S22.4
	아래팔의다발골절	S52.7
	중수골의다발골절	S62.4
	대퇴골전자부골절	S72.1
	대퇴골몸통의골절	S72.3
	대퇴골하단의골절	S72.4
	대퇴골의기타부분의골절	S72.8
	대퇴골의상세불명부분의골절	S72.9
	다리와함께팔이여러부위를침범한골절	T02.6
	기타신체부위를복합적으로침범한골절	T02.8
	상세불명의다발성골절	T02.9
	팔의 상세불명 부위의 골절, 개방성	T10.1
	척추의 상세불명 부위의 골절, 개방성	T08.1

	한쪽팔의여러부위를침범한골절	T02.2
	한쪽다리의여러부위를침범한골절	T02.3
	양측팔의여러부위를침범한골절	T02.4
	양측다리의여러부위를침범한골절	T02.5
	아래다리의다발골절	S82.7
	쇄골,견갑골및상완골의다발골절	S42.7
	다리의 상세불명 부위의 골절, 개방성	T12.1
4 종	기타두개골및안면골의골절	S02.8
	두개골및안면골의상세불명부분의골절	S02.9
	경추의다발골절	S12.7
	동요가슴	S22.5
	요추및골반의기타및상세불명부분의골절	S32.8
	대퇴골경부의골절	S72.0
	전자하골절	S72.2
	절구의골절	S32.4
	아래등및골반과함께흉부를침범한골절	T02.1
5 종	두개골및안면골을침범하는다발골절	S02.7
	요추및골반의다발골절	S32.7
	아래등,골반및사지와함께흉부를침범한골절	T02.7
	대퇴골의다발골절	S72.7

(주) 1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 골절 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 23】

통풍 분류표

약관에 규정하는 통풍으로 분류되는 상병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
통풍	M10

(주) 1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 24】

위·십이지장, 대장 양성종양 및 폴립 분류표

약관에 규정하는 위·십이지장, 대장 양성종양 및 폴립으로 분류되는 상병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목		분류번호
위·십이지장	위의 양성신생물	D13.1
	십이지장의 양성신생물	D13.2
	위 및 십이지장의 폴립	K31.7
대장	맹장의 양성신생물	D12.0
	충수의 양성신생물	D12.1
	상행결장의 양성신생물	D12.2
	횡행결장의 양성신생물	D12.3
	하행결장의 양성신생물	D12.4
	구불결장의 양성신생물	D12.5
	상세불명의 결장의 양성신생물	D12.6
	직장구불결장접합부의 양성신생물	D12.7
	직장의 양성신생물	D12.8
	직장폴립	K62.1
	결장의 폴립	K63.5

(주) 1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 25】

간경변증 분류표

약관에 규정하는 간경변증으로 분류되는 상병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 알코올성 간섬유증 및 간의 경화증	K70.2
2. 알코올성 간경변증	K70.3
3. 간의 섬유증 및 경변증을 동반한 독성간질환	K71.7
4. 간의 섬유증 및 경변증	K74
5. 간의 만성 수동울혈(심장성 간경화증)	K76.1

(주) 1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 26】

제자리신생물 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병·사인분류에 제자리신생물로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행) 중 아래의 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 제자리신생물 해당 여부를 판단합니다.

대 상 질 병 명	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

(주) 1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 제자리신생물 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

<참고> 약관에서 인용된 법·규정

(아래의 법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다.)

[법규 1] 의료법

[법규 2] 전자서명법

[법규 3] 민법

[법규 4] 상법

[법규 5] 개인정보 보호법

[법규 6] 개인정보 보호법 시행령

[법규 7] 보험업법

[법규 8] 보험업법 시행령

[법규 9] 보험업 감독규정

[법규 10] 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

[법규 11] 약사법

[법규 12] 장기등 이식에 관한 법률

[법규 13] 소득세법

[법규 14] 소득세법 시행령

[법규 15] 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

[법규 16] 관공서의 공휴일에 관한 규정

[법규 17] 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률

[법규 18] 국민건강보험법

[법규 19] 국민건강보험법 시행령

[법규 20] 의료급여법

[법규 21] 의료급여법 시행령

[법규 22] 지역보건법

[법규 23] 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법

[법규 24] 장애인복지법

[법규 25] 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률

[법규 26] 산업재해보상보험법 시행규칙

[법규 27] 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률

[법규 28] 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙

[법규 29] 국가공무원법, 지방공무원법

* 약관에서 인용한 법·규정은 2023년 6월 기준으로 작성되었습니다.

[법규 1]

의료법

내용

제 2 조(의료인)

① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·조산사 및 간호사를 말한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.>

② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다. <개정 2015. 12. 29., 2019. 4. 23.>

1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.
2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.
3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.
4. 조산사는 조산(助産)과 임산부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다.
5. 간호사는 다음 각 목의 업무를 임무로 한다.

가. 환자의 간호요구에 대한 관찰, 자료수집, 간호판단 및 요양을 위한 간호
나. 의사, 치과의사, 한의사의 지도하에 시행하는 진료의 보조
다. 간호 요구자에 대한 교육·상담 및 건강증진을 위한 활동의 기획과 수행, 그 밖의 대통령령으로 정하는 보건활동
라. 제 80 조에 따른 간호조무사가 수행하는 가목부터 다목까지의 업무보조에 대한 지도

제 3 조(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(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제 3 조제 5 호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제 58 조제 1 항제 4 호에 따른 의료재활시설로서 제 3 조의 2 의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
마. 정신병원
바. 종합병원
③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제 2 항제 1 호부터 제 3 호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다. <개정 2009. 1. 30., 2010. 1. 18.>

제 3 조의 2(병원등)
병원・치과병원・한방병원 및 요양병원(이하 "병원등"이라 한다)은 30 개 이상의 병상(병원・한방병원만 해당한다) 또는 요양병상(요양병원만 해당하며, 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하기 위하여 설치한 병상을 말한다)을 갖추어야 한다.
[본조신설 2009. 1. 30.]

제 3 조의 3(종합병원)
① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. <개정 2011. 8. 4.>
1. 100 개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100 병상 이상 300 병상 이하인 경우에는 내과・외과・소아청소년과・산부인과 중 3 개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
② 종합병원은 제 1 항제 2 호 또는 제 3 호에 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.]

제 3 조의 4(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 20 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제 77 조제 1 항에 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 제 1 항에 따른 지정을 하는 경우 제 1 항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다. <개정 2010. 1. 18.>

③ 보건복지부장관은 제 1 항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3 년마다 제 2 항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다. <개정 2010. 1. 18.>

④ 보건복지부장관은 제 2 항 및 제 3 항에 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.]

제 3 조의 5(전문병원 지정)

① 보건복지부장관은 병원급 의료기관 중에서 특정 진료과목이나 특정 질환 등에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 하는 병원을 전문병원으로 지정할 수 있다. <개정 2010. 1. 18.>

② 제 1 항에 따른 전문병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. <개정 2010. 1. 18.>

1. 특정 질환별・진료과목별 환자의 구성비율 등이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
2. 보건복지부령으로 정하는 수 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

③ 보건복지부장관은 제 1 항에 따라 전문병원으로 지정하는 경우 제 2 항 각 호의 사항 및 진료의 난이도 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다. <개정 2010. 1. 18.>

④ 보건복지부장관은 제 1 항에 따라 전문병원으로 지정받은 의료기관에 대하여 3 년마다 제 3 항에 따른 평가를 실시하여 전문병원으로 재지정할 수 있다. <개정 2010. 1. 18., 2015. 1. 28.>

⑤ 보건복지부장관은 제 1 항 또는 제 4 항에 따라 지정받거나 재지정받은

전문병원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 지정 또는 재지정을 취소할 수 있다. 다만, 제 1 호에 해당하는 경우에는 그 지정 또는 재지정을 취소하여야 한다. <신설 2015. 1. 28.>
1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 지정 또는 재지정을 받은 경우
2. 지정 또는 재지정의 취소를 원하는 경우
3. 제 4 항에 따른 평가 결과 제 2 항 각 호의 요건을 갖추지 못한 것으로 확인된 경우
⑥ 보건복지부장관은 제 3 항 및 제 4 항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다. <개정 2010. 1. 18., 2015. 1. 28.>
⑦ 전문병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2010. 1. 18., 2015. 1. 28.>
[본조신설 2009. 1. 30.]

[법규 2]

전자서명법

내용

제 2 조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.
1. (생략)
2. “전자서명”이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
가. 서명자의 신원
나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실
[2020.6.9. 전부개정]

[법규 3]

민법

내용

제 27 조(실종의 선고)
부재자의 생사가 5 년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다. 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 1 년간 분명하지 아니한 때에도 제 1 항과 같다.<개정 1984.4.10.>

제 777 조(친족의 범위)
친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.
1. 8 촌이내의 혈족
2. 4 촌이내의 인척
3. 배우자
[전문개정 1990.1.13.]

제 1000 조(상속의 순위)
① 상속에 있어서는 다음 순위로 상속인이 된다
1. 피상속인의 직계비속
2. 피상속인의 직계존속
3. 피상속인의 형제자매
4. 피상속인의 4 촌 이내의 방계혈족
② 전항의 경우에 동순위의 상속인이 수인인 때에는 최근친을 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.
③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

[법규 4]

상법

내용

제 651 조(고지의무위반으로 인한 계약해지)
보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1 월내에, 계약을 체결한 날로부터 3 년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.<개정 1991.12.31.>

제 651 조의 2(서면에 의한 질문의 효력)
보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다. [본조신설 1991.12.31.]

제 657 조(보험사고발생의 통지의무)
① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.
② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제 1 항의 통지의무를 해태함으로

인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다. <신설 1991.12.31.>

[법규 5]

개인정보 보호법

내용

제 15 조(개인정보의 수집·이용)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
4. 정보주체와 체결한 계약을 이행하거나 계약을 체결하는 과정에서 정보주체의 요청에 따른 조치를 이행하기 위하여 필요한 경우
5. 명백히 정보주체 또는 제 3 자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.
7. 공중위생 등 공공의 안전과 안녕을 위하여 긴급히 필요한 경우

② 개인정보처리자는 제 1 항제 1 호에 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.>

제 17 조(개인정보의 제공)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제 3 자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.
1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 제 15 조제 1 항제 2 호, 제 3 호 및 제 5 호부터 제 7 호까지에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우
② 개인정보처리자는 제 1 항제 1 호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
1. 개인정보를 제공받는 자
2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
3. 제공하는 개인정보의 항목
4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
③ <삭제>
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.>

제 22 조(동의를 받는 방법)
① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제 22 조의 2 제 1 항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다. 이 경우 다음 각 호의 경우에는 동의 사항을 구분하여 각각 동의를 받아야 한다. <개정 2017. 4. 18., 2023. 3. 14.>
1. 제 15 조제 1 항제 1 호에 따라 동의를 받는 경우
2. 제 17 조제 1 항제 1 호에 따라 동의를 받는 경우
3. 제 18 조제 2 항제 1 호에 따라 동의를 받는 경우
4. 제 19 조제 1 호에 따라 동의를 받는 경우
5. 제 23 조제 1 항제 1 호에 따라 동의를 받는 경우
6. 제 24 조제 1 항제 1 호에 따라 동의를 받는 경우
7. 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 경우
8. 그 밖에 정보주체를 보호하기 위하여 동의 사항을 구분하여 동의를 받아야 할 필요가 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우
② 개인정보처리자는 제 1 항의 동의를 서면(「전자문서 및 전자거래 기본법」

제 2 조제 1 호에 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 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보에 대해서는 그 항목과 처리의 법적 근거를 정보주체의 동의를 받아 처리하는 개인정보와 구분하여 제 30 조제 2 항에 따라 공개하거나 전자우편 등 대통령령으로 정하는 방법에 따라 정보주체에게 알려야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다. <개정 2016. 3. 29., 2017. 4. 18., 2023. 3. 14.>
④ 삭제 <2023. 3. 14.>
⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제 1 항제 3 호 및 제 7 호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다. <개정 2017. 4. 18., 2023. 3. 14.>
⑥ 삭제 <2023. 3. 14.>
⑦ 제 1 항부터 제 5 항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다. <개정 2017. 4. 18., 2023. 3. 14.>
[시행일: 2023. 9. 15.]

제 24 조(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 제 15 조제 2 항 각 호 또는 제 17 조제 2 항 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 제 1 항 각 호에따라 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 제 3 항에 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 제 4 항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다. <신설 2016. 3. 29., 2017. 7. 26., 2020. 2. 4.>

[법규 6]

개인정보 보호법 시행령

내용

제 17 조(동의를 받는 방법)

① 개인정보처리자는 법 제 22 조에 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 동의 의사표시가 적힌 전자우편 을 받는 방법
6. 그 밖에 제 1 호부터 제 5 호까지의 규정에 따른 방법에 준하는 방법으로 동의 내용을 알리고 동의의 의사표시를 확인하는 방법

② 법 제 22 조제 2 항에서 "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. 제 18 조에 따른 민감정보
   나. 제 19 조제 2 호부터 제 4 호까지의 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 제 18 조제 2 항제 1 호 및 제 22 조제 4 항에 따른 동의를 받거나 법 제 22 조제 3 항에 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 제 22 조제 6 항에 따라 만 14 세 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 제 1 항에 따른 동의방법 중 소관 분야의 개인정보처리자별 업무, 업종의 특성 및 정보주체의 수 등을 고려하여 적절한 동의방법에 관한 기준을 법 제 12 조제 2 항에 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.>

[법규 7]

보험업법

내용

제 2 조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2015. 7. 31.>
1~18. (생략)
19. "전문보험계약자"란 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문보험계약자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반보험계약자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 보험회사에 서면으로 통지하는 경우 보험회사는 정당한 사유가 없으면 이에 동의하여야 하며, 보험회사가 동의한 경우에는 해당 보험계약자는 일반보험계약자로 본다.
가. 국가
나. 한국은행
다. 대통령령으로 정하는 금융기관
라. 주권상장법인
마. 그 밖에 대통령령으로 정하는 자
20. "일반보험계약자"란 전문보험계약자가 아닌 보험계약자를 말한다.
[전문개정 2010. 7. 23.]

[법규 8]

보험업법 시행령

내용
제 6 조의 2(전문보험계약자의 범위 등) ① 법 제 2 조제 19 호 각 목 외의 부분 단서에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다. 1. 지방자치단체 2. 주권상장법인 3. 제 2 항제 15 호에 해당하는 자 4. 제 3 항제 15 호, 제 16 호 및 제 18 호에 해당하는 자 ② 법 제 2 조제 19 호다목에서 "대통령령으로 정하는 금융기관"이란 다음 각 호의 금융기관을 말한다. 1. 보험회사 2. 「금융지주회사법」에 따른 금융지주회사 3. 「농업협동조합법」에 따른 농업협동조합중앙회 4. 「산림조합법」에 따른 산림조합중앙회 5. 「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행 및 그 중앙회 6. 「새마을금고법」에 따른 새마을금고연합회 7. 「수산업협동조합법」에 따른 수산업협동조합중앙회 8. 「신용협동조합법」에 따른 신용협동조합중앙회 9. 「여신전문금융업법」에 따른 여신전문금융회사 10. 「은행법」에 따른 은행 11. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 금융투자업자(같은 법 제 22 조에 따른 겸영금융투자업자는 제외한다), 증권금융회사, 종합금융회사 및 자금중개회사 12. 「중소기업은행법」에 따른 중소기업은행 13. 「한국산업은행법」에 따른 한국산업은행 14. 「한국수출입은행법」에 따른 한국수출입은행 15. 제 1 호부터 제 14 호까지의 기관에 준하는 외국금융기관 ③ 법 제 2 조제 19 호마목에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다. <개정 2013. 8. 27., 2014. 3. 24., 2016. 3. 11., 2016. 5. 31. , 2021. 6. 1., 2022. 2. 17.> 1. 지방자치단체 2. 법 제 83 조에 따라 모집을 할 수 있는 자 3. 법 제 175 조에 따른 보험협회, 법 제 176 조에 따른 보험요율 산출기관 및 법 제 178 조에 따른 보험 관계 단체 4. 「한국자산관리공사의 설립에 관한 법률」에 따른 한국자산관리공사 5. 「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」에 따른 금융감독원(이하 "금융감독원"이라 한다) 6. 「예금자보호법」에 따른 예금보험공사 및 정리금융회사

7. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 한국예탁결제원 및 같은 법 제 373 조의 2 에 따라 허가를 받은 거래소(이하 "거래소"라 한다)
8. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 집합투자기구. 다만, 금융위원회가 정하여 고시하는 집합투자기구는 제외한다.
9. 「한국주택금융공사법」에 따른 한국주택금융공사
10. 「한국투자공사법」에 따른 한국투자공사
11. 삭제 <2014. 12. 30.>
12. 「기술보증기금법」에 따른 기술보증기금
13. 「신용보증기금법」에 따른 신용보증기금
14. 법률에 따라 공제사업을 하는 법인
15. 법률에 따라 설립된 기금(제 12 호와 제 13 호에 따른 기금은 제외한다) 및 그 기금을 관리·운용하는 법인
16. 해외 증권시장에 상장된 주권을 발행한 국내법인
17. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 외국인
가. 외국 정부
나. 조약에 따라 설립된 국제기구
다. 외국 중앙은행
라. 제 1 호부터 제 15 호까지 및 제 18 호의 자에 준하는 외국인
18. 그 밖에 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 금융위원회가 정하여 고시하는 자
[본조신설 2011. 1. 24.]

[법규 9]

보험업 감독규정

내용

제 1-4 조의 2(전문보험계약자의 범위)
영 제 6 조의 2 제 3 항제 18 호에서 "금융위원회가 정하여 고시하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.<개정 2011.3.22>
1. 제 7-49 조제 2 호 각 목의 요건을 충족하는 단체보험계약을 체결하고자 하는 자
2. 기업성 보험계약을 체결하고자 하는 자 <개정 2016.12.29>
3. 「근로자퇴직급여 보장법」에 따른 퇴직연금계약을 체결하고자 하는 자
4. 「공공기관의 운영에 관한 법률」에 따른 공공기관 <신설 2019. 12. 18.>
5. 「지방공기업법」에 따른 지방공기업 <신설 2019. 12. 18.>
6. 특별법에 따라 설립된 기관 <신설 2019. 12. 18.>
7. 제 7-49 조제 2 호가목 1)에 해당하는 단체 <신설 2019. 12. 18.>

[법규 10]

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

내용

제 32 조(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」 제 2 조제 2 호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제 2 조제 1 호에 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 제 1 항 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 제 2 항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제 2 항에 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 신용정보 주체에게 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다. <신설 2015. 3. 11.>

⑥ 신용정보회사등(제 9 호의 3 을 적용하는 경우에는 데이터전문기관을 포함한다)이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제 1 항부터 제 5 항까지를 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. 제 17 조제 2 항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우
3. 영업양도·분할·합병 등의 이유로 권리·의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용정보를 제공하는 경우
4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우
5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우
6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제 5 호에 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 36 시간 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 외국 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우
9. 제 2 조제 1 호의 4 나목 및 다목의 정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용등급제공업무·기술신용평가업무를 하는 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
9 의 2. 통계작성, 연구, 공익적 기록보존 등을 위하여 가명정보를 제공하는 경우. 이 경우 통계작성에는 시장조사 등 상업적 목적의 통계작성을 포함하며,

연구에는 산업적 연구를 포함한다.
9 의 3. 제 17 조의 2 제 1 항에 따른 정보집합물의 결합 목적으로 데이터전문기관에 개인신용정보를 제공하는 경우
9 의 4. 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. 제 1 호부터 제 10 호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우
⑦ 제 6 항 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 제 6 항제 3 호에 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 제 8 항에 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 제 1 항에 따라 미리 개별적 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다. <개정 2015. 3. 11.>

[법규 11]

약사법

내용
제 2 조(정의) 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.

[법규 12]

장기등 이식에 관한 법률

내용
제 4 조(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. 제 8 조제 2 항제 4 호에 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 제 14 조에 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 제 15 조에 따라 등록한 사람을 말한다.
4. “장기등이식대기자”란 자신의 장기등의 기능회복을 목적으로 다른 사람의 장기등을 이식받기 위하여 제 14 조에 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, 14 세 미만인 사람은 제외한다.
가. 배우자
나. 직계비속
다. 직계존속
라. 형제자매
마. 가목부터 라목까지에 해당하는 가족 또는 유족이 없는 경우에는 4 촌 이내의 친족

제 42 조(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 제 1 항에 따른 비용은 「국민건강보험법」에서 정하는 바에 따라 산출한다. 다만, 「국민건강보험법」에서 규정하지 아니한 비용은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 산출한다.

[법규 13]

소득세법

내용
제 59 조의 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(제 1 호의 경우에는 100 분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100 만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다. <개정 2015. 5. 13.> 1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는

장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제 1 호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

[법규 14]

소득세법 시행령

내용

제 107 조(장애인의 범위)

① 법 제 51 조제 1 항제 2 호에 따른 장애인은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다. <개정 1997. 9. 30., 2001. 12. 31., 2005. 2. 19., 2018. 2. 13.>

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. 삭제 <2001. 12. 31.>
4. 제 1 호 및 제 2 호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

[법규 15]

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

내용

제 9 조(비급여대상)

①법 제 41 조제 4 항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 별표 2 와 같다. <개정 2012. 8. 31., 2016. 8. 4.>

[별표 2] 비급여대상(제 9 조제 1 항관련)

1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
   가. 단순한 피로 또는 권태
   나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·딸기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
   다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환
   라. 단순 코골음
   마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)

바. 검열반 등 안과질환
사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환
2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 치과교정. 다만, 선천성 기형으로 저하된 씹는 기능 및 발음 기능을 개선하기 위한 치과교정으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면) 교정술
마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
바. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장을 목적으로 하는 진료
아. 그 밖에 가목부터 사목까지에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부 장관이 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 제 52 조의 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, 18 세 이하인 사람의 치아 중 치아우식증(충치)이 생기지 않은 순수 건전치아인 제 1 큰어금니 또는 제 2 큰어금니에 대한 치면열구전색(치아홈메우기)은 제외한다.
마. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료
바. 유전성질환 등 태아 또는 배아의 이상유무를 진단하기 위한 유전학적 검사
사. 장애인 진단서 등 각종 증명서 발급을 목적으로 하는 진료
아. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료
4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료
가. 가입자등이 다음 표에 따른 요양기관으로서 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1 개의 입원실에 1 인(「의료법」 제 3 조제 2 항제 1 호에 따른 의원급 의료기관 및 제 3 호나목에 따른 치과병원의 경우 3 인 이하)이 입원할 수 있는 병상(이하 "상급병상"이라 한다)을 이용한 경우에는 다음 표의 구분에 따라 부담하는 비용. 다만,

격리치료 대상인 환자가 1 인실에 입원하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우에는 비급여대상에서 제외한다.

요양기관 구분	비용
「의료법」 제 3 조제 2 항제 1 호에 따른 의원급 의료기관	제 8 조에 따라 고시한 요양급여대상인 입원료(이하 "입원료"라 한다) 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용
「의료법」 제 3 조제 2 항제 3 호나목에 따른 치과병원	
「의료법」 제 3 조제 2 항제 3 호가목에 따른 병원 중 진료과목에 소아청소년과 또는 산부인과를 둔 병원으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요건을 갖춘 병원(이하 "아동·분만병원"이라 한다)	
상급종합병원	입원실 이용 비용 전액
「의료법」 제 3 조제 2 항제 3 호에 따른 병원급 의료 기관(치과병원 및 아동·분만병원은 제외한다)	

(1) 의료법령에 따라 허가를 받거나 신고한 병상 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(이하 "일반병상"이라 한다)을 다음의 구분에 따라 운영하는 경우. 다만, 규칙 제 12 조제 1 항 또는 제 2 항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제 27 조제 3 항제 2 호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 일반병상 및 상급병상의 계산에서 제외한다.

(가) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10 병상을 초과하는 「의료법」 제 3 조제 2 항제 1 호의 의원급 의료기관, 같은 항 제 3 호나목의 치과병원, 같은 법 제 3 조의 5 제 1 항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기(周産期) 전문병원 및 아동·분만병원: 일반병상을 총 병상의 2 분의 1 이상 확보할 것

(나) 「의료법」 제 3 조제 2 항제 3 호에 따른 병원급 의료기관(치과병원 및 아동·분만병원을 제외한다): 일반병상을 총 병상의 5 분의 3 이상 확보할 것

(다) 「의료법」 제 3 조제 2 항제 3 호마목의 종합병원 및 같은 법 제 3 조의 4 제 1 항에 따른 지정을 받은 상급종합병원: 일반병상을 총 병상의 5 분의 4 이상 확보할 것

(2) 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10 병상 이하인 경우

나. 가목에도 불구하고 다음 각 항목에 해당하는 경우에는 다음의 구분에 따른 비용

(1) 가입자등이 「의료법」 제 3 조제 2 항제 3 호라목에 따른 요양병원(「정신보건법」 제 3 조제 3 호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제 58 조제 1 항제 4 호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제 3 조의 2 의 요건을 갖춘 의료기관은 제외한다. 이하 같다) 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(규칙 제 12 조제 1 항 또는 제 2 항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제 27 조제 3 항제 2 호에 따른

외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 제외한다)을 50 퍼센트 이상 확보하여 운영하는 요양병원에서 1 개의 입원실에 5 인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우: 제 8 조제 4 항 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」 제 25 조에 따라 호스피스전문기관으로 지정된 요양기관에서 1 인실 병상을 이용하여 같은 법 제 28 조에 따른 호스피스·완화의료를 받는 경우(격리치료 대상인 환자가 1 인실에 입원하는 경우, 임종실을 이용하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우는 제외한다): 제 8 조제 4 항 전단에 따라 고시한 호스피스·완화의료 입원실의 입원료 중 4 인실 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

다. 선별급여를 받는 사람이 요양급여비용 외에 추가로 부담하는 비용

라. 법 제 51 조에 따라 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구. 다만, 보청기 중 보험급여의 적용을 받게 될 수술과 관련된 치료재료인 보건복지부장관이 정하여 고시하는 보청기는 제외한다.

마. 친자확인을 위한 진단

바. 치과의 보철(보철재료 및 기공료 등을 포함한다) 및 치과임플란트를 목적으로 실시한 부가수술(골이식수술 등을 포함한다). 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 65 세 이상인 사람의 틀니 및 치과임플란트는 제외한다.

사. 및 아. 삭제 <2002.10.24>

자. 이 규칙 제 8 조의 규정에 의하여 보건복지부장관이 고시한 약제에 관한 급여목록표에서 정한 일반의약품으로서 「약사법」 제 23 조에 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」 제 40 조에 따른 마약류중독자의 치료보호에 소요되는 비용

하. 이 규칙 제 11 조제 1 항 또는 제 13 조제 1 항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제 2 조제 2 항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함하되, 같은 규칙 제 3 조제 3 항에 따라 서류를 송부받은 경우와 같은 규칙 제 3 조의 4 에 따른 신의료기술평가 결과 안전성·유효성을 인정받지 못한 경우에는 제외한다). 다만, 제 11 조제 9 항 또는 제 13 조제 1 항 후단의 규정에 따라 소급하여 요양급여대상으로 적용되는 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제 2 조제 2 항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함한다)는 제외한다.

거. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제 3 조제 10 항제 2 호에 따른 제한적 의료기술

너. 「의료기기법 시행규칙」 제 32 조제 1 항제 6 호에 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 제 21 조제 3 항제 2 호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제 1 호 내지 제 4 호(제 4 호 하목을 제외한다), 제 7 호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제 2 호아목, 제 3 호아목 및 제 4 호더목은 다음 각 목에서 정하는 경우에 한정한다.
가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료
나. 질병군 진료 외의 목적으로 투여된 약제
6 의 2. 영 제 21 조제 3 항제 3 호에 따른 호스피스·완화의료 입원진료의 경우에는 제 1 호부터 제 3 호까지, 제 4 호나목(2)·더목에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제 2 호사목, 제 3 호아목 및 제 4 호더목은 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, 제 5 조제 4 항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심사평가원장의 공고에 따른다.

[법규 16]

관공서의 공휴일에 관한 규정

내용

제 2 조(공휴일)
관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다. <개정 1998. 12. 18., 2005. 6. 30., 2006. 9. 6., 2012. 12. 28., 2017. 10. 17.>

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

10 의 2. 「공직선거법」 제 34 조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제 3 조(대체공휴일)
① 제 2 조제 2 호부터 제 10 호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제 2 조 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다. <개정 2023. 5. 4.>
1. 제 2 조제 2 호·제 6 호·제 7 호 또는 제 10 호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
2. 제 2 조제 4 호 또는 제 9 호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
3. 제 2 조제 2 호·제 4 호·제 6 호·제 7 호·제 9 호 또는 제 10 호의 공휴일이 토요일·일요일이 아닌 날에 같은 조 제 2 호부터 제 10 호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우
② 제 1 항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.
③ 제 1 항 및 제 2 항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.
[전문개정 2021. 8. 4.]

[법규 17]

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률

내용

제 15 조(연명의료중단등결정 이행의 대상)
담당의사는 임종과정에 있는 환자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 연명의료중단등결정을 이행할 수 있다.
1. 제 17 조에 따라 연명의료계획서, 사전연명의료의향서 또는 환자가족의 진술을 통하여 환자의 의사로 보는 의사가 연명의료중단등결정을 원하는 것이고, 임종과정에 있는 환자의 의사에도 반하지 아니하는 경우
2. 제 18 조에 따라 연명의료중단등결정이 있는 것으로 보는 경우

제 16 조(환자가 임종과정에 있는지 여부에 대한 판단)
① 담당의사는 환자에 대한 연명의료중단등결정을 이행하기 전에 해당 환자가 임종과정에 있는지 여부를 해당 분야의 전문의 1 명과 함께 판단하고 그 결과를 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 기록(전자문서로 된 기록을 포함한다)하여야 한다. <개정 2018. 3. 27.>

② 제 1 항에도 불구하고 제 25 조에 따른 호스피스전문기관에서 호스피스를 이용하는 말기환자가 임종과정에 있는지 여부에 대한 판단은 담당의사의 판단으로 갈음할 수 있다. <신설 2018. 3. 27.>

제 17 조(환자의 의사 확인)

① 연명의료중단등결정을 원하는 환자의 의사는 다음 각 호의 어느 하나의 방법으로 확인한다.

1. 의료기관에서 작성된 연명의료계획서가 있는 경우 이를 환자의 의사로 본다.
2. 담당의사가 사전연명의료의향서의 내용을 환자에게 확인하는 경우 이를 환자의 의사로 본다. 담당의사 및 해당 분야의 전문의 1 명이 다음 각 목을 모두 확인한 경우에도 같다.

가. 환자가 사전연명의료의향서의 내용을 확인하기에 충분한 의사능력이 없다는 의학적 판단

나. 사전연명의료의향서가 제 2 조제 4 호의 범위에서 제 12 조에 따라 작성되었다는 사실

3. 제 1 호 또는 제 2 호에 해당하지 아니하고 19 세 이상의 환자가 의사를 표현할 수 없는 의학적 상태인 경우 환자의 연명의료중단등결정에 관한 의사로 보기에 충분한 기간 동안 일관하여 표시된 연명의료중단등에 관한 의사에 대하여 환자가족(19 세 이상인 자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람을 말한다) 2 명 이상의 일치하는 진술(환자가족이 1 명인 경우에는 그 1 명의 진술을 말한다)이 있으면 담당의사와 해당 분야의 전문의 1 명의 확인을 거쳐 이를 환자의 의사로 본다. 다만, 그 진술과 배치되는 내용의 다른 환자가족의 진술 또는 보건복지부령으로 정하는 객관적인 증거가 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

가. 배우자

나. 직계비속

다. 직계존속

라. 가목부터 다목까지에 해당하는 사람이 없는 경우 형제자매

② 담당의사는 제 1 항제 1 호 및 제 2 호에 따른 연명의료계획서 또는 사전연명의료의향서 확인을 위하여 관리기관에 등록 조회를 요청할 수 있다.

③ 제 1 항제 2 호나 제 3 호에 따라 환자의 의사를 확인한 담당의사 및 해당 분야의 전문의는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 확인 결과를 기록(전자문서로 된 기록을 포함한다)하여야 한다. <개정 2018. 3. 27.>

제 18 조(환자의 의사를 확인할 수 없는 경우의 연명의료중단등결정)

① 제 17 조에 해당하지 아니하여 환자의 의사를 확인할 수 없고 환자가 의사표현을 할 수 없는 의학적 상태인 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당할

때에는 해당 환자를 위한 연명의료중단등결정이 있는 것으로 본다. 다만, 담당의사 또는 해당 분야 전문의 1 명이 환자가 연명의료중단등결정을 원하지 아니하였다는 사실을 확인한 경우는 제외한다. <개정 2018. 12. 11.> 1. 미성년자인 환자의 법정대리인(친권자에 한정한다)이 연명의료중단등결정의 의사표시를 하고 담당의사와 해당 분야 전문의 1 명이 확인한 경우 2. 환자가족 중 다음 각 목에 해당하는 사람(19 세 이상인 사람에 한정하며, 행방불명자 등 대통령령으로 정하는 사유에 해당하는 사람은 제외한다) 전원의 합의로 연명의료 중단등 결정의 의사표시를 하고 담당의사와 해당 분야 전문의 1 명이 확인한 경우 가. 배우자 나. 1 촌 이내의 직계 존속·비속 다. 가목 및 나목에 해당하는 사람이 없는 경우 2 촌 이내의 직계 존속·비속 라. 가목부터 다목까지에 해당하는 사람이 없는 경우 형제자매 ② 제 1 항제 1 호·제 2 호에 따라 연명의료중단등결정을 확인한 담당의사 및 해당 분야의 전문의는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 확인 결과를 기록(전자문서로 된 기록을 포함한다)하여야 한다. <개정 2018. 3. 27.>

[법규 18]

국민건강보험법

내용
제 44 조(비용의 일부부담) ① 요양급여를 받는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 비용의 일부(이하 "본인일부부담금"이라 한다)를 본인이 부담한다. 이 경우 선별급여에 대해서는 다른 요양급여에 비하여 본인일부부담금을 상향 조정할 수 있다. <개정 2016. 3. 22.> ② 제 1 항에 따라 본인이 연간 부담하는 본인일부부담금의 총액이 대통령령으로 정하는 금액(이하 이 조에서 “본인부담상한액”이라 한다)을 초과한 경우에는 공단이 그 초과 금액을 부담하여야 한다. 이 경우 공단은 당사자에게 그 초과 금액을 통보하고, 이를 지급하여야 한다. <신설 2016. 3. 22., 2023. 5. 19.> ③ 제 2 항에 따른 본인부담상한액은 가입자의 소득수준 등에 따라 정한다.<신설 2016. 3. 22.> ④ 제 2 항에 따른 본인일부부담금 총액 산정 방법, 본인부담상한액을 넘는 금액의 지급 방법 및 제 3 항에 따른 가입자의 소득수준 등에 따른 본인부담상한액 설정 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. <신설 2016. 3. 22.>

[법규 19]

국민건강보험법 시행령

내용

제 19 조(비용의 본인부담)

① 법 제 44 조제 1 항에 따른 본인일부부담금(이하 "본인일부부담금"이라 한다)의 부담률 및 부담액은 별표 2 와 같다. (이하 및 별표 2 생략)

[법규 20]

의료급여법

내용

제 7 조(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 제 1 항에 따른 의료급여의 방법·절차·범위·한도 등 의료급여의 기준에 관하여는 보건복지부 령으로 정하고, 의료수가기준과 그 계산방법 등에 관하여는 보건복지부장관이 정한다.

③ 보건복지부장관은 제 2 항에 따라 의료급여의 기준을 정할 때에는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 의료급여 대상에서 제외할 수 있다.

[전문개정 2013. 6. 12.]

제 10 조(급여비용의 부담)

급여비용은 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 전부 또는 일부를 제 25 조에 따른 의료급여기금에서 부담하되, 의료급여기금에서 일부를 부담하는 경우 그 나머지 비용은 본인이 부담한다.

[전문개정 2013. 6. 12.]

[법규 21]

의료급여법 시행령

내용
제 13 조(급여비용의 부담) ① 법 제 10 조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1 과 같다. <개정 2003. 12. 30., 2005. 7. 5., 2013. 12. 11.> 1. 삭제 <2005. 7. 5.> 2. 삭제 <2005. 7. 5.> ② 삭제 <2005. 7. 5.> ③ 제 1 항의 규정에 불구하고 법 제 15 조제 1 항의 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 제 1 항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금 (이하 "급여대상 본인부담금"이라 한다)과 제 3 항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다. <개정 2004. 6. 29.> ⑤ 제 4 항의 규정에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제 1 호 라목·마목, 같은 표 제 2 호마목·바목 및 같은 표 제 3 호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 매 30 일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100 분의 50 에 해당하는 금액을 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할 금액이 2 천원 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. 1 종수급권자 : 2 만원 2. 2 종수급권자 : 20 만원 ⑥ 급여대상 본인부담금에서 제 5 항에 따라 지급받은 금액을 차감한 금액이 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다. 다만, 초과금액이 2 천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다. <개정 2004. 6. 29., 2007. 2. 28., 2009. 3. 31., 2017. 12. 29.> 1. 1 종수급권자 : 매 30 일간 5 만원 2. 2 종수급권자: 연간 80 만원. 다만, 「의료법」 제 3 조제 2 항제 3 호라목에 따른 요양병원에 연간 240 일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120 만원으로 한다. ⑦시장·군수·구청장은 수급권자가 제 6 항 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.>

[법규 22]

지역보건법

내용

제 10 조(보건소의 설치)

① 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위하여 시·군·구에 1 개소의 보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)를 설치한다. 다만, 시·군·구의 인구가 30 만 명을 초과하는 등 지역주민의 보건의료를 위하여 특별히 필요하다고 인정되는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소를 추가로 설치할 수 있다. <개정 2021. 8. 17.>

② 동일한 시·군·구에 2 개 이상의 보건소가 설치되어 있는 경우 해당 지방자치단체의 조례로 정하는 바에 따라 업무를 총괄하는 보건소를 지정하여 운영할 수 있다.

제 12 조(보건의료원)

보건소 중 「의료법」 제 3 조제 2 항제 3 호가목에 따른 병원의 요건을 갖춘 보건소는 보건 의료원이라는 명칭을 사용할 수 있다.

제 13 조(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.

[법규 23]

농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법

내용

제 15 조(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 또는 구청장이 보건진료소를 계속 운영할 수 있다.
② 보건진료소에 보건진료소장 1 명과 필요한 직원을 두되, 보건진료소장은 보건진료 전담공무원으로 보한다.
③ 보건진료소의 설치기준은 보건복지부령으로 정한다.
[전문개정 2012. 10. 22.]

[법규 24]

장애인복지법

내용

제 32 조(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 제 2 조에 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 제 1 항에 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 제 1 항에 따른 장애인 등록 및 제 3 항에 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」 제 4 조에 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 제 1 항 및 제 3 항부터 제 6 항까지에서 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.>

[법규 25]

국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률

내용

제 6 조(등록 및 결정)
① 국가유공자, 그 유족 또는 가족이 되려는 사람(이하 이 조에서 "신청 대상자"라 한다)은 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈부장관에게 등록을 신청하여야 한다. 다만, 신청 대상자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈부 소속 공무원이 신청 대상자의 동의를 받아 등록을 신청할 수 있고, 그 동의를 받은 경우에는 신청 대상자가 등록을 신청한 것으로 본다. <개정 2011. 9. 15., 2013. 5. 22., 2023. 3. 4.>
1. 「국가보훈 기본법」 제 23 조제 1 항제 3 호의 2 에 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」 제 4 조제 1 항에 따라 등록을 신청하는 사람에 대하여는 그 등록신청을 한 날에 제 1 항에 따른 등록을 신청한 것으로 본다. <신설 2011. 9. 15.>
③ 국가보훈부장관은 제 1 항에 따른 등록신청을 받으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 제 4 조 또는 제 5 조에 따른 요건을 확인한 후 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는지를 결정한다. 이 경우 제 4 조제 1 항제 3 호부터 제 6 호까지, 제 8 호, 제 14 호 및 제 15 호의 국가유공자(이하 "전몰군경등"이라 한다)가 되기 위하여 등록을 신청하는 경우에는 그 소속하였던 기관의 장에게 그 요건과 관련된 사실의 확인을 요청하여야 하며, 그 소속하였던 기관의 장은 관련 사실을 조사한 후 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 요건과 관련된 사실을 확인하여 국가보훈부장관에게 통보하여야 한다. <개정 2009. 2. 6., 2011. 9. 15., 2023. 3. 4.>
④ 국가보훈부장관은 제 3 항 전단에 따라 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는 사람으로 결정할 때에는 제 74 조의 5 에 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., 2023. 3. 4.>
⑤ 국가보훈부장관은 제 4 조제 1 항 각 호(제 1 호, 제 2 호 및 제 10 호는 제외한다)의 어느 하나에 해당하는 적용 대상 국가유공자임에도 불구하고 신청 대상자가 없어 등록신청을 할 수 없는 사람에 대해서는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거쳐 국가유공자로 기록하고 예우 및 관리를 할 수 있다. <신설 2016. 5. 29., 2023. 3. 4.>
⑥ 제 1 항부터 제 4 항까지의 규정은 다른 법률에서 이 법의 예우 등을 받도록 규정된 사람에 대하여도 적용한다. <개정 2011. 9. 15., 2016. 5. 29.>

[법규 26]

산업재해보상보험법 시행규칙

내용

제 47 조(운동기능장해의 측정)
① 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4 와 같다. <개정 2020. 1. 10.>
② (생략)
③ 제 2 항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다. <신설 2016. 3. 28., 2019. 10. 15.>
1. 강직, 오그라듦, 신경손상 등 운동기능장해의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
2. 운동기능장해의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법① 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4 와 같다. <개정 2020. 1. 10.>
② (생략)
③ 제 2 항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다. <신설 2016. 3. 28., 2019. 10. 15.>
1. 강직, 오그라듦, 신경손상 등 운동기능장해의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
2. 운동기능장해의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

[법규 27]

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률

내용

제 11 조(의사 등의 신고)

① 의사, 치과의사 또는 한의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사실(제 16 조제 6 항에 따라 표본감시 대상이 되는 제 4 급감염병으로 인한 경우는 제외한다)이 있으면 소속 의료기관의 장에게 보고하여야 하고, 해당 환자와 그 동거인에게 질병관리청장이 정하는 감염 방지 방법 등을 지도하여야 한다. 다만, 의료기관에 소속되지 아니한 의사, 치과의사 또는 한의사는 그 사실을 관할 보건소장에게 신고하여야 한다. <개정 2010. 1. 18., 2015. 12. 29., 2018. 3. 27., 2020. 3. 4., 2020. 8. 11.>

1. 감염병환자등을 진단하거나 그 사체를 검안(檢案)한 경우
2. 예방접종 후 이상반응자를 진단하거나 그 사체를 검안한 경우
3. 감염병환자등이 제 1 급감염병부터 제 3 급감염병까지에 해당하는 감염병으로 사망한 경우
4. 감염병환자로 의심되는 사람이 감염병병원체 검사를 거부하는 경우

② 제 16 조의 2 에 따른 감염병병원체 확인기관의 소속 직원은 실험실 검사 등을 통하여 보건복지부령으로 정하는 감염병환자등을 발견한 경우 그 사실을 그 기관의 장에게 보고하여야 한다. <개정 2015. 7. 6., 2018. 3. 27., 2020. 3. 4.>

③ 제 1 항 및 제 2 항에 따라 보고를 받은 의료기관의 장 및 제 16 조의 2 에 따른 감염병병원체 확인기관의 장은 제 1 급감염병의 경우에는 즉시, 제 2 급감염병 및 제 3 급감염병의 경우에는 24 시간 이내에, 제 4 급감염병의 경우에는 7 일 이내에 질병관리청장 또는 관할 보건소장에게 신고하여야 한다. <신설 2015. 7. 6., 2018. 3. 27., 2020. 3. 4., 2020. 8. 11.>

④ 육군, 해군, 공군 또는 국방부 직할 부대에 소속된 군의관은 제 1 항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사실(제 16 조제 6 항에 따라 표본감시 대상이 되는 제 4 급감염병으로 인한 경우는 제외한다)이 있으면 소속 부대장에게 보고하여야 하고, 보고를 받은 소속 부대장은 제 1 급감염병의 경우에는 즉시, 제 2 급감염병 및 제 3 급감염병의 경우에는 24 시간 이내에 관할 보건소장에게 신고하여야 한다. <개정 2015. 7. 6., 2015. 12. 29., 2018. 3. 27.>

⑤ 제 16 조제 1 항에 따른 감염병 표본감시기관은 제 16 조제 6 항에 따라 표본감시 대상이 되는 제 4 급감염병으로 인하여 제 1 항제 1 호 또는 제 3 호에 해당하는 사실이 있으면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 질병관리청장 또는 관할 보건소장에게 신고하여야 한다. <개정 2010. 1. 18., 2015. 7. 6., 2015. 12. 29., 2018. 3. 27., 2020. 8. 11.>

⑥ 제 1 항부터 제 5 항까지의 규정에 따른 감염병환자등의 진단 기준, 신고의

방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2010. 1. 18., 2015. 7. 6.>

[법규 28]

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙

내용

제 6 조(의사 등의 감염병 발생신고)

⑤ 법 제 11 조제 6 항에 따른 감염병환자등의 진단 기준은 별표 2 와 같으며, 그 밖의 세부 사항은 질병관리청장이 정하여 고시한다. <개정 2015. 7. 7., 2016. 1. 7., 2019. 11. 22., 2020. 9. 11.>

[별표 2] 감염병환자등의 진단 기준(제 6 조제 5 항 관련)

1. 제 1 급감염병의 경우

가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 인두도말 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람

나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람

다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람

2. 제 2 급감염병의 경우

가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 인두도말, 뇌척수액, 가래 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사, 항체 검출검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람

나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람

다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람

3. 제 3 급감염병의 경우

가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 소변, 뇌척수액, 가래, 기관지세척액 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사, 항체 검출검사, 항원 검출검사, 현미경검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람. 다만, 파상풍의 경우에는 임상적 특징을 나타내는 것만으로도 감염병환자로 진단한다.

나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람

다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람

4. 제 4 급감염병의 경우

가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 소변, 인두도말, 궤양부위도말, 병변조직, 피하조직 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사, 항체 검출검사, 항원 검출검사, 현미경검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람 나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람 다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람

[법규 29]

국가공무원법, 지방공무원법

내용
<국가공무원법 > **제 70 조(직권 면직)** ①임용권자는 공무원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 직권으로 면직시킬 수 있다. <개정 2008. 3. 28., 2012. 12. 11., 2016. 5. 29.> 4. 휴직 기간이 끝나거나 휴직 사유가 소멸된 후에도 직무에 복귀하지 아니하거나 직무를 감당할 수 없을 때 ⑥ 제 1 항제 4 호에 따른 직권 면직일은 휴직 기간이 끝난 날 또는 휴직 사유가 소멸한 날로 한다. <개정 2008. 3. 28.> **제 71 조(휴직)** ① 공무원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 임용권자는 본인의 의사에도 불구하고 휴직을 명하여야 한다. <개정 2008. 3. 28.> 1. 신체·정신상의 장애로 장기 요양이 필요할 때 **< 지방공무원법 >** **제 62 조(직권면직)** ① 임용권자는 공무원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 때에는 직권으로 면직시킬 수 있다. <개정 2012. 12. 11., 2016. 5. 29.> 2. 휴직기간이 끝나거나 휴직사유가 소멸된 후에도 직무에 복귀하지 아니하거나 직무를 감당할 수 없을 때 ⑤ 제 1 항제 2 호에 따른 직권면직일은 휴직기간이 끝난 날 또는 휴직사유가

소멸한 날로 한다.

[전문개정 2008. 12. 31.]

제 63 조(휴직)

① 공무원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 임용권자는 본인의 의사에도 불구하고 휴직을 명하여야 한다.

1. 신체·정신상의 장애로 장기요양이 필요할 때